POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BAB ŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA MITVALSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Czerwiec — ROCZNIK PIERWSZY — 1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

Narośle złośliwe rogówki.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Dokończenie.

Częstem to bywa zjawiskiem, że przypadki rzadkie, budzące pewne zajęcie, czy to kazuistyczne, czy też patologiczne, lub pod względem przebiegu, a wreszcie wpływu środków zastosowanych, nie pojawiają się pojedyńczo, ale gromadnie, lub przynajmniej w krótkich odstępach czasu po sobie. I tak, wkrótce po dwóch ostatnich przypadkach, nadarzył nam się czwarty, spostrzegany dopiero w czasie pisania niniejszej pracy. Dotyczył on J. K., 55 letniego gospodarza z Mały.

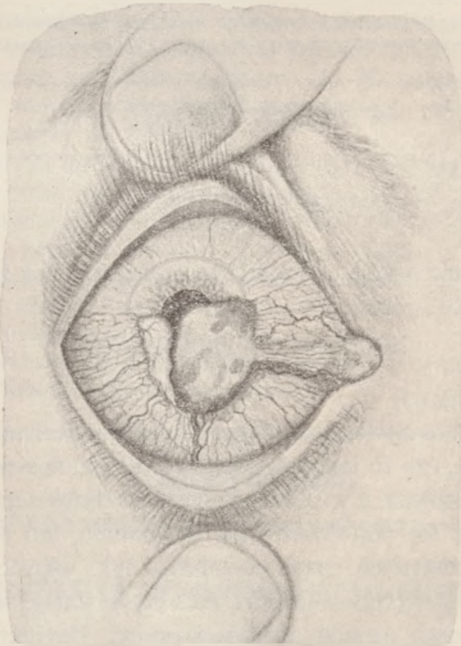
Chory zgłosił się do kliniki tutejszej 18 maja, podając, co następuje:

Dotychczas był zdrów na oczy. Od małego chłopca miał mieć żyłkę na oku prawem, biegnącą od kącika wewnętrznego. Od jesieni zeszłego roku na oku tem zaczął się tworzyć guzek i powiększał się coraz bardziej.

Przed kilku laty przebył chory zapalenie płuc po lewej stronie. Z ośmiorga dzieci troje zmarło, pozostałe są zdrowe.

Badanie chorego oka wykazało, co następuje:

Powieka dolna zepchana na dół przez narośl na gałce rozprzestrzenionej. Spojówka powiek, tak górnej, jak i dolnej, lekko przekrwiona; ciało brodawkowe przerosłe. Spojówka gałki przekrwiona głównie w powierzchownych warstwach. Snop naczyń równoległych biegnie od załamka półksiężycowego na rogówkę i kończy się przy guzie, wielkości jądra orzecha



laskowego, barwy brunatnej. Z wnętrza ciemniej przebija ta część narośli, której powierzchnia okazuje pagórkowate wyniosłości. Pozornie zdaje się ściśle przylegać do podstawy swej.

Guz ten zasłania dolno-wewnętrzną połowę rogówki i przylegającą część twardówki; unieść nieco można go zaledwo przy górnym brzegu. Drugi guz, mniejszy, chrząstkowato-twardy, wielkości ziarna konopi, bledszy, zachodzi ze spojówki gałkowej od dołu wewnątrz na rogówkę, a tylko na samym

rąbku z poprzednio opisanym większym guzem ściśle jest zrosły, pozostała część rogówki prawidłowa, czysta, lśniąca. Ponad naroślami widać część źrenicy, która po homatropinie prawidłowo się rozszerza. Wzrok tegoż oka ogranicza się do rozpoznawania palców na 3 metry, a po homatropinie na 4 metry, gdy lewe oko ma wzrok prawidłowy.

Operacyę wykonałem d. 20 maja w następujący sposób: Po kilkakrotnem kokainowaniu odłączyłem najprzód mniejszą narośl, która się okazała dosyć twardą i ściśle z granicą rogówko-twardówkową zrośniętą, podczas kiedy z rogówką tylko luźnie była złączoną i bez obrażenia rogówki dała się odłączyć. Większa narośl, przylegająca jak meniscus do powierzchni rogówki dosyć ściśle, z wyjątkiem środkowej, ubarwionej części, dała się za pomocą szczypczyków bez trudności odciągnąć od podstawy z pozostawieniem ubytków nabłonkowych. Pod częścią środkową narośli, najwięcej wypukloną, a tem samem nie zupełnie do rogówki przylegającą, nabłonek był wprawdzie utrzymanym, ale za to zgrubiałym, wskutek czego tutaj rogówka zmętnioną się przedstawiała. Część przybrzeżna tej narośli najściślej z podstawą złączona, zwłaszcza na samej znowu granicy rogówko-twardówkowej przechodziła na spojówkę gałkową w dość znacznym obszarze, nieodłączną z nią stanowiąc całość. To też celem zupełnego oddzielenia narośli obcięto poprzednio nożyczkami spojówkę. Po usunięciu całej narośli, wyskrobano starannie wszelkie widome szczątki na granicy rogówkowej ostrą łyżeczką, czemu dość znaczne towarzyszyło krwawienie, a ubytek spojówki, powstały dołem wewnątrz, pokryto przez ściągnięcie spojówki z otoczenia i założenie kilku szwów jedwabnych. Opaska, po zasypaniu do worka spojówkowego kseroformu, zakończyła cały zabieg.

Dnia 23 maja wyjęto szwy, zastosowano jeszcze maść kseroformową 5% i założono ponownie opaskę.

Dnia 26 stwierdziłem, że zagojenie było bardzo dobre, spojówka wszędzie przylegała dobrze aż do samego brzegu rogówkowego, tylko od strony nosa i dołem nieco nabrzmiała, silniej przekrwiona, nigdzie natomiast nie widać śladu pigmentu

lub narośli. Rogówka cała lśniąca, gładka, tylko wewnętrzna dolna część lekko powierzchownie zaćmiona.

Badanie wzroku wykazało $^6/_{12}$, szkła nie poprawiały. Chory czyta T. Albr. 1,3 przez + 4D., na 25 cm. (po atropinie). Pole widzenia tego oka okazało się zupełnie prawidłowem. Wzrok podniósł się więc znacznie; nie odpowiadał on pozornie przezroczystości rogówki, ale też tylko pozornie, gdyż właśnie lekkie zmętnienie rogówki, na sam środek zachodzące, musiało wzrok upośledzać.

Badanie wziernikiem wykazało, co następuje: Na wewnątrz, poniżej południka poziomego, widać wielką plamę białą o pigmentowanym brzegu wielkości 2—3 tarczy, a więcej ku rąbkowi zębatemu (ora serrata), drugą, mniej pigmentowaną, a jeszcze niżej, małą, zupełnie czarną plamkę, wielkości $^1/_4$ tarczy.

Badanie drobnowidowe odciętych kawałków narośli wykazało [1]) melanosarcoma. Pigmentowe komórki leżały więcej w części środkowej większej narośli. —

Chcąc wyrobić sobie pojęcie, jaką rolę w powstawaniu, względnie krzewieniu się tych narośli rogówka przyjmuje, wypada nam choć pobieżnie zlustrować znane z literatury przypadki, co zarazem i jasny promień światła na pochodzenie tych nowotworów rzuci.

Pierwszy, który zajął się przeglądem tego, co dotychczas w literaturze pojawiło się pod względem narośli przedniego odcinka gałki, był Henryk Noyes z Nowego Jorku. — Nawiązując do przypadku własnego, streszcza krytycznie [2]) 127 przypadków narośli, rozwijających się z powierzchni gałki i powiek. Statystyka Noyes'a dochodzi aż do roku 1879.

Przypadek Noyes'a przedstawia się w krótkości następująco:

Mężczyzna 48 letni radził się d. 4 października 1878 r. dla narośli, która rozwijała się na powierzchni lewego oka;

---

[1]) Według łaskawego sprawozdania Doc. Dra Ciechanowskiego.

[2]) W Arch. f. Augenheilk. IX., p. 127.

ciemną plamę na twardówce w otoczeniu rogówki już przed 7 laty chory spostrzegł.

Wziernik wykazał zupełnie prawidłowe dno. Narośl, pokrywająca dolno zewnętrzną połowę rogówki, również szeroko twardówkę zajęła. Na twardówce przedstawia się ciemno, na rogówce brunatno. Dwóch lekarzy radziło wyjęcie gałki. Noyes postanowił tylko odciąć narośl. Ściślejszy związek narośl miała z gałką tylko na granicy rogówko-twardówkowej.

Wzrok wynosił w tydzień po operacyi $^{20}/_{20}$, a jeszcze po 8 miesiącach nie stwierdzono żadnego nawrotu. Badanie wykazało epithelioma melanodes.

Remak[1]) przytacza w roku 1886 z kliniki Jane'go w Wrocławiu dwa przypadki sarcoma praecorneale i carcinoma conjunctivae praecorneale.

Pierwszy przypadek dotyczył chorej, która przed trzema laty zauważyła narośl na granicy rogówko-twardówkowej, kilka razy już od tego czasu zdejmowaną, ale zawsze znowu do nawrotu skłonną. Gdy zatem narośl szybko w ostatnim czasie rosła i ból spowodowywała, wyjęto gałkę.

Badanie mikroskopem wykazało guz składający się z komórek małych, okrągłych i wrzecionowatych, powstały w tkance podspojówkowej i w natwardówkowej. I tu rogówka była zupełnie wolną, a od guzu odgraniczona błoną Bowman'a, podczas kiedy nabłonek był zniszczony.

Drugi przypadek dotyczył chorego, który po nieznacznem zranieniu oka spostrzegł guzik mały na zewnętrznym brzegu rogówki. Guzik ten pod wpływem drażniącego leczenia przeszedł w ropień, ale mimo to powiększał się, a po roku zamienił się na guz silny, zasłaniający rogówkę prawie całą, z wyjątkiem małego paska nosowego, podczas, gdy spojówka gałki w dolnej części zamieniła się również w masę, składającą się z licznych małych guzów. Gałkę później wyjęto, a badanie po przekroju stwierdziło, że guz był li tylko powierzchowny, wewnątrz atoli

[1]) Zur Casuistik der epibulbaeren Tumoren. »Arch. f. Augenheilk.« XVI., p. 3.

w dolnej części w jagodówce rozeznać było można znamiona zapalenia odczynowego.

Guz, mikroskopijnie jako carcinoma rozpoznany, przechodził w dolnej granicy rogówko-twardówkowej (Scleralbord) w postaci czopków rakowatych (Krebszapfen) do kanału Schlemm'a, i do mięśnia rzęskowego, a pod wpływem mnogiego nagromadzenia komórek okrągłych zniknęła budowa warstwowa tych błon w tem miejscu. Zniszczenie to nawet ku dołowi rozprzestrzeniało się w twardówce aż do zewnętrznej warstwy naczyniówki (suprachoroidea) prawie do równika. Rogówka ku górnemu brzegowi w podobny sposób była zmienioną: Guz, wnikając pomiędzy nabłonek a błonę Bowman'a, pierwszy odczepił od powierzchni, a drugą zupełnie zniszczył. Zamiast niej widać było tkankę łączną, nacieczoną licznemi komórkami okrągłemi i w liczne zaopatrzoną naczynia. W niektórych zaś miejscach znowu widniały czopki rakowate. W żadnem atoli miejscu rogówka nie była przeniknięta przez narośl.

Tu więc narośl, którą już po $1^1/_2$ rocznem istnieniu usunięto z gałką, okazała się bardzo rozwiniętą, a nawet w samą gałkę przez twardówkę wnikła, a rogówkę powierzchownie w sprawę także wplątała.

Już w roku następnym, bo 1887, ogłasza Dr Heyder z Mnichowy dwa przypadki nagałkowych raków z chirurgicznej kliniki Prof. Trendelenburg'a w Bonn[1]). Ponieważ te przypadki budzą pewne zajęcie, niech nam będzie wolno w krótkości takowe tutaj streścić.

Pierwszy przypadek dotyczył niezamężnej, 52 letniej, która przechodziła ospę, zapalenie egipskie, a w r. 1879 różę prawej strony twarzy. W r. 1883 mała wyniosłość na prawej gałce, gdzie — nie umiano stwierdzić, a już w r. 1884 przy przyjęciu chorej do kliniki prawe oko zajęte było guzem wielkości jaja kurzego, o budowie zrazistej, nierównej, o powierzchni krwawiącej. Cały guz zakrywał gałkę, której ruchy znaczyły się przy współczesnym ruchu drugiej gałki. Nervus frontalis pośre-

[1]) Arch. f. Augenheilk. XVII., p. 294.

dnio także zajęty. Gruczoły lymfatyczne nie nabrzmiałe. Guz wyjęto wraz z gałką całą i zawartością oczodołu.

Na przekroju mikroskopijnie widać guz, pokrywający całą rogówkę i przylegającą twardówkę aż po równik gałki dobrze zachowanej.

Utkanie twardówki zdaje się nie być zmienione, a rogówka, nigdzie nie przebita, górą przedstawia się znacznie cieńszą. W samym zaś środku guz przechodzi w utkanie rogówki.

Mikroskopijnie stwierdzono: Twardówka wogóle niezmieniona, tylko liczne w niej naczynia, przeważnie włoskowate. Na niej gruba warstwa tkanki łącznej, w niektórych miejscach nacieczona komórkami okrągłemi. Rogówka rozluźniona, pomiędzy jej warstwami szerokie szpary, zwłaszcza na granicy rogówko-twardówkowej, gdzie pomiędzy rogówkę a narośl wsuwa się gruba warstwa tkanki łącznej o znamionach blizny, która to warstwa, stając się coraz cieńszą, kończy się przed środkową częścią rogówki, gdzie nabłonkowe masy nowotworu bezpośrednio przylegają do rogówki, a nawet częściowo zapuszczają w nią odnogi.

Jak się zachowała błona Bowman'a, autor nie wspomina. Co do punktu wyjścia narośli, to tego wykazać nie było można.

Drugi przypadek: Wieśniak 55 letni, już przed dziesięciu laty stracił wzrok na lewem oku w następstwie jakiejś choroby niebolesnej. Później powstała zasłona na oku, jakby korzuch (Fell). Od dwóch lat wypukłość, czasami otwierająca się, z której wypływa ciecz jakaś. W ostatnich dwóch miesiącach narośl bardzo rosła, powodując znaczne bóle. Przyjęty do kliniki w Bonn 4 stycznia 1886 r. Powieki rozszerzone nie pokrywają gałki, ale są przesuwalne na narośli, pod niemi znajdującej się. W szparze nie można gałki rozpoznać, widać tylko narośl o nierównej, sączącej powierzchni.

Bóle rozprzestrzeniają się poza granice gałki i narośli, a mianowicie w okolicy nerwu nadoczodołowego. Operacyę wykonano 9 stycznia, wycinając gałkę, część dolnej, także zajętej powieki i zawartość oczodołu.

Narośl wielkości jaja kurzego obejmuje gałkę zmienioną, spłaszczoną w kierunku pionowym, sięga poza równik, a zostawiając twardówkę pozornie niezmienioną, rogówkę w środku przenika, tak, że takowa rozwartą jest, a przednia komórka zniesioną.

Mikroskopijnie stwierdzono budowę rakowatą narośli, a mianowicie szerokie pasy podłużne komórek nabłonkowych, które zdają się wychodzić z rogówki. Ostatnia na przekroju strzałowym przedstawia się w sposób następujący:

Obie połowy tracą na grubości, im więcej wnikają w narośl, w końcu zupełnie tamże giną. W tylnych częściach zachowują prawidłową grubość, lecz są wtłoczone w przednią komórkę. W środkowych częściach mają ściślejszą budowę, ale za to tracą na grubości. Im więcej ku przodowi, tem bardziej traci rogówka postać prawidłową. Szpary stają się coraz liczniejsze, a w końcu rozpada się rogówka na kilka nielicznych strzępków.

Cały układ komórek, najliczniejszych właśnie w miejscu przebicia rogowki, przemawia za tem, że stąd narośl powstała, czemu też odpowiada anamneza, wskazując na obecność blizny, w tem miejscu znajdującej się.

Podczas kiedy w przypadkach innych wyjście w t. zw. rakach rogówki odnieść było można do granicy rogówkotwardówkowej, to tutaj niewątpliwie początek był w rogówce samej, lubo narośl po przekłuciu rogówki nie do gałki, ale na zewnątrz się rozwijała, pozostawiając nawet takową względnie mało zmienioną. —

W tymże roku Benson[1]) opisuje fibroma, które u 19 letniej dziewczyny powstało w samym środku rogówki.

W czasowym porządku przytoczymy jeszcze dalsze ogłoszenia przypadków odnośnych, zaznaczając tylko najważniejsze okoliczności, przedmiotu dotyczące, według streszczeń w Nagla

---

[1]) Case of tumour of cornea and conjunctiva. Ophthalm. Review, str. 180.

sprawozdaniach (Jahresbericht) pomieszczonych. Przyznać atoli winniśmy, że braknie nam w tych streszczeniach wielu niezbędnych szczegółów, na których możnaby oprzeć pewne wnioski.

1888. Meyer[1]) przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa francuskich okulistów preparat, dotyczący leukosarcoma rogówki i twardówki. Oko dla bólu musiało być wyjęte. Rogówka była po stronie zewnętrznej bardzo zgrubiała i silnie unaczyniona. Później atoli[2]) opisał Mayer z Berger'em tenże przypadek jako guz trądowy rogówki i tęczówki.

Trąd w tym przypadku wystąpił najprzód na oku przy bardzo dobrym ogólnym stanie u kobiety 35 letniej, przybyłej z Kalkuty. Nadzwyczajne, gładkie zgrubienie rogówki w $^2/_3$ częściach nie powiększało się, a wyłuszczenie gałki zrobiono dla silnego bólu oka.

1891. Ayres[3]) opisuje papilloma corneae u 50 letniej. Guz okrywał całą powierzchnię gałki lewej w postaci kalafiora, a powstał przed sześciu laty. Gdy ponowne odcinanie nawrotom nie zapobiegło, zrobiono wyłuszczenie gałki.

Rumszewicz opisuje[4]) sarcoma, które u 61 letniego wieśniaka powstać miało z rogówki, takową w obrębie szpary pokrywając.

Valude[5]) twierdzi, opierając się na dwóch klinicznych, a jednem anatomicznem spostrzeżeniu, że przybłoniak granicy rogówko-twardówkowej nie ma skłonności wnikania w głąb rogówki lub twardówki, lecz pozostaje na powierzchni, i dlatego da się usunąć z zachowaniem rogówki, względnie gałki.

---

[1]) Leucosarcom interstitiel de la cornée et de la sclérotique Soc. d'ophth. franc. VI. session.

[2]) Lepratumor der Hornhaut von sarkomaehnlicher Beschaffenheit Graefe'go Archiw XXXIV. 4., p. 219.

[3]) Papilloma of the cornea. Ophth. Review. 257.

[4]) Arch. f. Augenheilkunde. XXIII, p. 52.

[5]) Epithelioma du limbe sclérocornéen. Ann. d'oculist. T. CVI., str. 441.

1893. Burkhardt O.[1]) U 50 i 60 letnich zachodziło epithelioma, dalej u 50 letniej kobiety »eine hyperplastische Wucherung auf entzündlicher Basis«.

Rumszewicz[2]). U 14 letniej, cierpiącej na trachoma, wytworzyło się sarcoma na rogówce. Zrobiono wyłuszczenie.

Fage[3]). U 55 letniego mężczyzny na granicy rogówkotwardówkowej przybłoniak. Wyłuszczono go. Epith. ma skłonność do rozszerzania się powierzchownie, dlatego rokowanie przy epith. niezłe.

1894. Snellen jun.[4]). Od 6 lat trwający guz bez wnikania w głąb. Corpus ciliare, Iris, choroidea i retina miały znamiona zapalenia.

Mitvalsky[5]). U 26 letniej kobiety myxoma cysticum. Mikroskopijne badanie wykazało budowę czystej tkanki śluzowej bez elastycznych włókien, a włókna tkanki łącznej tylko przy podstawie guza.

1895. Seiderer[6]). U 58 letniej kobiety rozliczne melanosarcomata conj. bulbi sin, także w rąbku spoj. —

Wyłuszczenie gałki — w dwa lata później u dolnej powieki guz wielkości pół ziemniaka, a drugi wielkości kasztana w oczodole. W 4 lata po wyłuszczeniu nie ma nawrotu.

60 letni wieśniak zauważył przed 6 laty przy zewnętrznym brzegu prawej rogówki małą narośl, którą zniszczono żegadłem. Przez 2½ roku wolny od nawrotu, potem począł się guz w obrębie rąbka rozwijać i całą pokrył rogówkę.

---

[1]) Beitrag zur Lehre von den Grenztumoren von Conjunctiva u. Cornea. Mith. aus d. Kliniken u. med. Instituten der Schweiz. Nr 3.

[2]) Zur Casuistik der cornealen Neubildungen. Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde. 1893., p. 50.

[3]) Prognostic et traitement de l'épithelioma du limbe scléro-cornéen Revue Gén. d'ophthm. Nr 7. 1893.

[4]) Un cas d'épithelioma de la cornée. VI. sess. sem. tenue à Utrecht 16 Dec. 1894 ref. w Annales d'oculist. T. CXIII., p. 197.

[5]) Sur les myxomes de la cornée. Arch. d'ophth. T. XIV., p. 480.

[6]) Kasuistische Beitraege zur Kenntnis der praecorn. Sarcome (Inaug. Dissert. Giessen. 1895).

Exenteratio orbitae. Równocześnie guz w prawej parotis. Badanie wykazało pigm. sarkoma, z wrzecionowatych i okrągłych komórek składające się. Śmierć dwa lata później.

1896. 1. Szulisławski[1]). U 55 letniego wieśniaka melanosarcoma na granicy rąbka, spostrzeżone przez chorego przed rokiem. W rok po wyłuszczeniu nawrot na spojówce powieki górnej.

W dopisku referuje Szulisławski jeszcze o drugim przypadku u 45 letniej kobiety, u której na rąbku wytworzył się guz, stwierdzony jako melanosarkoma, które z powierzchownemi warstwami rogówki miało ścisły mieć związek. Wyłuszczono samą narośl, a zagojenie nastąpiło szybko z pozostawieniem lekkiego zmętnienia rogówki.

2. De Bernardinis[2]). U 14 letniego wieśniaka epithelioma od wewnętrznego rąbka na rogówkę zachodzące; po roku wielkości ziarna ogórka. Błona Bowman'a zachowana po części, ale nieregularna i przez czopki rakowate w niektórych miejscach przedziurawiona.

Na drugiem oku w podobnem miejscu, ale mniejsza narośl.

1898. Dr Fehr[3]) badał anatomicznie preparat dany mu bez wszelkich bliższych szczegółów klinicznych i wykazał carcinoma, które zapuszczało bardzo nikłe wpusty do samej rogówki, pozostawiając atoli głębsze części rogówki i błonę Descemet'a zupełnie wolne. —

Ze zestawienia powyższego widzimy, że narośle złośliwe, pierwotnie na rogówce biorące swój początek, należą do największych rzadkości, ale i te, które ze spojówki, względnie

---

[1]) Ueber d. Auftreten multipler Neubildungen der Hornhaut u. Bindehaut (Centrbl. f. Augenheilk. October 1896, p. 301).

[2]) Epithelioma bilaterale del limbus con larga etc. Lavori della clin. oculist. de R. univers. di Napoli IV. p. 366 (Według ref. Nagla. Jahresbericht 1896).

[3]) Ein carcinoma der conj. bulbi mit Einwucherung in die Hornhaut u. naturlicher Injection ihrer Lymphbahnen. Centralblatt f. pract. Augenheilkunde. 1898. Maerz. Str. 77.

rąbka, na rogówkę przechodzą, nie mogą być nazwane licznymi. Zazwyczaj rozwijają się one w płaszczyźnie, tylko powierzchownie rozprzestrzeniając się.

Początek biorą z wszystkich części worka spojówkowego. Najrzadziej ze spojówki powiek, z miąska łzowego i z załamka półksiężycowego. Najczęściej z tkanki nagałkowej, a zwłaszcza z rąbka spojówkowego.

Dlaczego właśnie tutaj najczęściej? Może na pewne uzasadnienie zasługuje tłomaczenie tego objawu miejscowem drażnieniem trwałem, które, jak wiadomo, często do wytworzania się narośli daje powód. Otóż pinguecula często u starszych osób przerasta. Między nią a brzegiem rogówkowym gromadzą się łatwo drobne ciała obce, które drażnią. Dlatego to prawdopodobnie narośle te przedewszystkiem biorą początek od zewnętrznej lub wewnętrznej części rogówkowego brzegu.

Noyes[1]) zestawił do 1879 roku, jak wyżej wspomnieliśmy, 127 przypadków, Remak podjął to zestawienie i doprowadził aż do 1886 roku z wynikiem 41 przypadków, razem więc 168. Z 4 przypadkami własnymi i zestawionymi powyżej z literatury aż do czasów ostatnich, mamy nowych 24, a zatem wszystkich dotychczas 192.

Nierzadko narośle mięsakowe mają znamię melanotycznych, chociaż daleko rzadziej, aniżeli wewnątrzgałkowe, które, według Fuchs'a, prawie z reguły należą do ubarwionych. Na 8 bowiem mięsaków 7 przypada tutaj pigmentowych.

Noyes[2]) twierdzi, że pigment narośli jest przypadkowym dodatkiem: »die Pigmentirung ist betreffs des eigentlichen Charakters der Geschwulst als unwesentlich zu betrachten«.

Ze 168 przypadków, zestawionych przez Noyes'a i Remaka, było 52 ubarwionych, z moich i przezemnie zestawionych było 6 ubarwionych.

Tam niespełna $^1/_3$, tutaj $^1/_4$ wszystkich narośli, a zatem prawie ten sam stosunek ubarwień. Oczywiście częstotliwość

---

[1]) Das Sarcom des Uvealtractus. Wien.

[2]) l. c. p. 130.

ta może być uważaną tylko w przybliżeniu jako odpowiadająca istocie rzeczy, gdyż wielka ilość narośli nie była wcale albo była niedostatecznie zbadaną. W każdym razie to względnie częste spotykanie się z pigmentem w tych naroślach musi zadziwiać wobec tego, że spojówka barwiku nie zawiera, a przyrodzone melanozy spojówki i twardówki należą do rzadkości.

Zachodzi atoli uderzająca różnica co do rodzaju narośli *ubarwionych* między zestawieniem Noyes'a, a mojem. Noyes stwierdził bowiem co do 34 z pigmentowych narośli następujący stosunek: carcinoma 8, carcinoma i sarcoma 1, sarcoma 11, sarcoma i epithelioma 2, epithelioma 11, melanoma 1.

W mojem zaś zestawieniu znajduję wyłącznie tylko sarkoma ubarwione, i to na 8 przypadków aż 6, zaś epithelioma bez barwiku, to samo carcinoma. W dwóch przypadkach ostatniego rodzaju narośli mogła atoli zachodzić wątpliwość co do barwiku, gdyż badanie było niedostatecznie wykonane.

Pod względem budowy przypadki zestawione przez Noyes'a w takim były stosunku: 7 fibroma, myxoma, melanoma, 55 carcinoma, 21 sarcoma, 3 sarcoma carcinomatodes. Reszta nie była zbadaną.

W drugim szeregu, sprawdzonym przez Remak'a, na 41 przypadków było: 15 carcinoma, 25 sarkoma i 1 sarcoma carcinomadotes.

W naszem zestawieniu spotykamy zaś taki stosunek:

6 epithelioma, 8 sarkoma, 5 carcinoma, 1 fibroma, 1 lepra, 1 papilloma, 1 myxoma, jeden (własny) nieokreślony drobnowidowo.

I w naszem więc zestawieniu, podobnie, jak w statystyce Noyes'a, carcinoma i epithelioma razem wzięte częściej zachodzą, aniżeli sarkoma.

Zdaje się więc, że carcinoma, które wewnątrz gałki należy do największych rzadkości, właśnie na powierzchni gałki najczęściej się pojawia.

Z mego zestawienia zwracam jeszcze na jednę ważną okoliczność uwagę. Podczas kiedy we wszystkich przypadkach

mięsaka, t. j. 8, stwierdzono, że rogówka w samym miąższu przez narośl nie była dotknięta, to właśnie w 6 przypadkach epithelioma raz, a na 5 przypadków carcinoma aż cztery razy zauważono wciągnięcie w sprawę chorobową samej rogówki.

Że rak carcinoma może wniknąć w rogówkę, i to przez drogi lymfatyczne, na to dostarczył dowodu w nowszych czasach Dr Fehr[1]), który miał sposobność badać anatomicznie odnośny przypadek.

Ale i z rogówki samej nawet, w szczególnie korzystnych, a nam dotychczas nieznanych warunkach, może rak wziąć początek, czego dowodem przekonywającym przytoczony przez Heyder'a drugi przypadek.

Z powyższego wypływałoby, że właśnie carcinoma najniebezpieczniejszą jest naroślą dla całości oka, gdyż najwięcej ma skłonności wnikania w głąb', podczas kiedy epithelioma, jak twierdzi Fage, rozwija się tylko powierzchownie. Co do tej narośli, to na szczególną uwagę zasługuje przypadek, jaki podał de Bernardinis, a dotyczący obustronnego pojawienia się przybłoniaka.

W zestawieniu mojem trzymałem się tej zasady, że rogówkę uważać można za nienaruszoną przez narośl, skoro tylko sam jej nabłonek doznał zmiany ubytku lub przerostu, podczas kiedy przedziurawienie błony Bowman'a jużby pierwszą etapą wnikania narośli w samą rogówkę nazwać się godziło.

Znamienną jest zmiana, jaką n. p. Remak podaje o drugim przypadku z kliniki Dra Jane'go w Wrocławiu. Tu bowiem rogówka przedstawiała już znaczne patologiczne obrażenia, a mianowicie nabłonek był albo zniszczony, albo odczepiony, błona Bowman'a była równie w wielu miejscach zniszczoną, względnie przedziurawioną, a czopki rakowate wnikały w tkankę rogówkową.

Z okoliczności, powyżej pokrótce zaznaczonych, wypływa

---

[1]) l. c., str. 77.

poniekąd i **obraz kliniczny** poszczególnych narośli. Zdaje się, że tak epithelioma, jako też i sarkoma, dopóki nie dochodzi do znacznych rozmiarów, jak n. p. w moim pierwszym przypadku, nie sprawia choremu wiele dolegliwości; jedynie pewne tarcie nierównej powierzchni gałki o powieki przyczynia się do powstawania uczucia zawadzania, a dalej także do silniejszego zaczerwienienia oka. Oczywiście, gdy narośl znaczną obejmie część rogówki, gdy przekroczy obręb źrenicy, tak upośledzenie wzroku jako też czasami i dwojenie, względnie trojenie, daje choremu powód do skarg.

Natomiast przy raku mogą względnie wcześnie powstać bóle, wywołane wnikaniem czopków rakowatych w miąższ rogówkowy.

To też niewątpliwie i pewne głębsze zapalenie odczynowe przyczyniać się wtenczas może już to do wywołania podmiotowych objawów, jak widzenia mroczków, błysków, obniżenia pola widzenia, już to dać powód do powstania przedmiotowych objawów, jak przekrwienia lub zapalenia tęczówki, silniejszego nastrzyknięcia przyrogówkowego, a wziernikiem możeby częściej dały się stwierdzić zmiany, aniżeli dotychczas, gdyż zbyt mało przywięzywano do tego badania przy naroślach rogówkowych wagi.

Może te plamy ogniskowe w naczyniówce, opisane na str. 228, a znalezione przezemnie w moim czwartym przypadku, odnieśćby można do takiego zapalenia odczynowego, stwierdzonego n. p. anatomicznie przez **Remak**'a w drugim przypadku z kliniki **Jane**'go, gdzie chodziło o carcinoma, a w naczyniówce miało być zapalenie odczynowe.—

Narośle spojówko-rogówkowe razem wzięte mogłyby być niekiedy upozorowane przez: silne wybujanie spojówki na rogówkę przy *phlyctaena pallida.* Kto jednak raz widział tak zwany nieżyt **Saemisch**'a, a choćby tylko z opisu uprzytomnił sobie obraz chorobowy tego cierpienia, znikającego zawsze po miesiącach lub latach bez śladu, z pewnością uchroni się od błędu, zważając mianowicie na wygląd znamienny spojówki górnej powieki, spojówki, mającej wygląd słoninkowato-blady, ze sil-

nym przerostem ciałka brodawkowego, zwłaszcza górnych załamków.

Dalej budzićby mógł i silny *pannus (sarkomatosus)* pewne podejrzenie narośli złośliwej, atoli i tu obecność równoczesnego zapalenia jaglicowego lub ślady tegoż, a dalej ścisłe połączenie rzekomej narośli z rogówką, wygląd szaro-czerwony, spowodowany wytworem obfitych pokładów naczyń w nowo powstałej tkance łącznej, rozpoznanie uczyni nie trudnem. Mogą wszakże zachodzić i zespolenia narośli z jaglicową błoną naczyniową, jak tego dowodzi przypadek Rumszewicza.

Mniej poważne zapoznanie sprawy mogłyby spowodować *polipy*.

Pomijając atoli okoliczność, iż polipy najczęściej występują na załamkach lub spojówce powiekowej, to już wygląd ich, czerwono-śluzowy, szypułkowata osada i zazwyczaj towarzyszący im silniejszy nieżyt spojówki ułatwiają ich poznanie.

Pewne podobieństwo do narośli złośliwych rogówki mogłyby stanowić tak zwane *guzy granulacyjne*, atoli takowe przypominają do pewnego stopnia postacią raczej polipy, od których znowu różnią się tem, że nie są pokryte spojówką, lecz tworzą powierzchnię nagich granulacyi. Ponieważ one powstają po obrażeniach żrącymi środkami, lub po zranieniach, operacyach, już przypomnienie powstania choroby da nam łatwość rozpoznania, a nadto w otoczeniu guzów granulacyjnych będą pewne znamiona, jak blizny, spłaszczenie gałki i t. d., wyróżniające te wytwory od narośli w mowie będących.

Wreszcie i brodawczak (papilloma), uchodzący za narośl dobrotliwą, łatwo właśnie z polipami bywa mięszany, od których tem się różni, że powierzchnia jego nie jest gładka, lecz zrazista lub podobna do maliny, a zazwyczaj guz ten nie jest osadzony na szypułce, jak tamte, lecz szeroko rozprzestrzenia się na powierzchni. —

Rokowanie zależnem będzie oczywiście od rodzaju narośli, od czasu trwania tejże, od stopnia zajęcia rogówki. Carcinoma w każdym razie najmniej korzystnie pozwala wróżyć o przyszłości oka dotkniętego, wobec łatwych nawrotów.

Czy pigmentacya jest tak niewinną, jak ją **Noyes** przedstawia, nie chcę rozstrzygać wobec niewystarczającej podstawy statystycznej, a raczej wobec danych statystycznych niezupełnych lub niejednolitych. Ażeby na wiele pytań, nasuwających się przy opracowaniu niniejszego przedmiotu, módz w przyszłości odpowiedzieć na podstawie liczb statystycznych, powinny przypadki odnośne wszechstronniej i w pewnym jednolitym kierunku być opracowywane. Wtenczas dopiero bylibyśmy w możności odpowiedzieć n. p. na pytania: *jakie narośle najczęściej występują, w jakim przeciągu czasu one się rozwijają, w jakim wieku najczęściej występują, które i wśród jakich okoliczności połączone są z pigmentem, w jakich komórkach barwik się mieści, czy zachodzi luźno, co powstanie takowego wywołuje, kiedy występują różne narośle obok siebie równocześnie, co daje powód powstawaniu narośli, jaką rolę odgrywa przy tem dziedziczność, czy i kiedy występują recydywy, w jakim czasie, przy jakiej narośli? Czy zachodziły zmiany wśródgałkowe upośledzające wzrok, czy takowe poprzedzały już wytworzenie się narośli, czy też wystąpiły w czasie rozwoju? i t. d.* —

Oczywiście nie wszystkie te pytania będą mogły być uwzględnione, ale im szerszy zakres nakreślimy naszym zestawieniom statystycznym, im ściślej każdy przypadek będzie badanym, tem prędzej możemy się spodziewać, że martwe liczby statystyki ożywią się i przemówią znacząco. —

Zachowanie gałki z jednej strony, wzgląd na uniknięcie poważnego niebezpieczeństwa, mogącego, w razie wnikania narośli w głąb, zagrozić i życiu, powinny powodować naszymi *zabiegami leczniczymi.*

Skoro narośl sama przez się nie ma skłonności do wnikania w głąb, lub, co gorsza, do przerzutów, skoro od niedawna się rozwija i powierzchownie tylko po rogówce się krzewi, słusznie staramy się usunięciem samej narośli przywrócić wzrok, niebezpieczeństwo zarazem usuwając. Że ta zasada i w naszych przypadkach przytoczonych pokazała się dobrą, przekonaliśmy się o tyle, o ile dotychczas nie było nawrotów. Gdy atoli takowe występują, lub gdy z góry rodzaj narośli, to jest rak, zwłaszcza ubarwiony, od dawna istniejący, i rogówkę w miąższu

dotknął, wyłuszczenie gałki będzie najodpowiedniejszym zabiegiem. Co do nawrotów narośli, to wiemy znowu, że takowe mogą jeszcze ze skutkiem być usuwane z zachowaniem całości gałki, lecz wiemy również, że często z ich wystąpieniem wyjęcie gałki staje się koniecznem, a nierzadko już i wyjęcie gałki przerzutom w innych narządach nie zapobiega.

Skoro atoli historya przypadków uczy, iż narośle rogówkowe nieraz tylko powierzchownie się ze spojówki rozwijają i głębokich części oka nie dotykają, a dalej, że i ogólny ustrój nie potrzebuje być dotkniętym zarazkiem narośli, przeto starać się będziemy, zwłaszcza przy dobrym względnie wzroku, o zachowanie gałki a usunięcie doszczętne miejscowego wytworu. Badanie ścisłe i uwzględnienie wszelkich okoliczności wskaże nam zawsze właściwą drogę, byśmy mogli zastosować się do tak ważnej zasady: *non nocere.*

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Z uniwers. kliniki okulistycznej Prof. Dra Wicherkiewicza w Krakowie.

Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry powieki i okolicy worka łzowego.

Podał

DR STEFAN ŁUNIEWSKI,

asystent kliniki.

Pomimo dość obszernej literatury o gruźlicy narządu wzrokowego, zbyt skąpe, i to w pracach z ostatnich lat kilku, posiadamy wzmianki o występywaniu gruźlicy na skórze powiek. Niedawno bowiem jeszcze Wedl i Bock [1]) piszą, że: »Die tuberculösen Affectionen fast nie auf die aüssere Haut beschränkt bleiben, sondern das ganze Lid in Mitleidenschaft ziehen«.

[1]) Wedl u. Bock. Path. Anatomie des Auges. Str. 330. 1886.

Uwzględniając więc ważność i rzadkość dalszych, na dokładnych opartych doświadczeniach, spostrzeżeń, podaję — zachęcony przez szefa mojego, Prof. Dra Wicherkiewicza, za co mu na tem miejscu serdecznie dziękuję — opis przypadku, który był przedmiotem klinicznego wykładu, a następnie w klinice tutejszej leczony.

Dnia 26 kwietnia b. r. zgłosiła się do ambulatoryum czternastoletnia Habinka Ela, u której dziedziczności żadnej wykazać nie było można. Choroba rozpocząć się miała przed rokiem obrzękiem w okolicy kąta wewnętrznego prawego. Później miało to miejsce zaczerwienić się, wytworzyła się wyniosłość, która pękła, wrzodziała i, nie gojąc się, posuwała się dalej.

Stat. praes.: Chora słabo rozwinięta, gruczoł przyuszny i podszczękowy po prawej stronie obrzmiały, karkowe po prawej stronie powiększone, wyczuwalne. Na lewym policzku nieregularna blizna po przebytem owrzodzeniu. W okolicy worka łzowego i ponad nim i we fossa canina grube strupy, po zdjęciu których owrzodzenie, o dnię szarawem, pokrytem ziarniną, brzegach lekko podminowanych, zazębionych, nierównych. Owrzodzenie to więcej powierzchowne, tylko w okolicy otworu nadoczodołowego nieco głębsze, nie dochodzące jednak do okostny. Dno i brzegi miękkie, łatwo krwawiące, bolesne. Wydzielina przeważnie surowicza, tworząca grube strupy. Zgłębnikiem nigdzie głębiej wejść nie można, jak również nie można było wykazać połączenia z workiem łzowym. Spojówka powiekowa przekrwiona, gładka, ciało brodawkowe przerosłe.

Przypadek ten, jak widać z opisu, mógł być rozpoznany tylko na podstawie ściśle przeprowadzonego różniczkowania. To też Prof. Wicherkiewicz, zanim postawił rozpoznanie, wykluczył przedewszystkiem:

1. płaszczyznę granulacyjną po pęknięciu flegmony naokoło woreczkowej (pericystitis phlegmonosa); przeciwko temu przemawiał bowiem brak przetoki, zbyt obszerne rozprzestrzenienie owrzodzenia.

2. *lupus,* toczeń; i przeciw temu przemawiała ciągłość

owrzodzenia, wystawanie płaszczyzny granulacyjnej, a dalej brak blizn w otoczeniu.

3. nie mógł być także *wrzód kiłowy*, gdyż chora nie miała śladów ani nabytej, ani odziedziczonej kiły, następnie owrzodzenie nie miało brzegów twardych, wystających nad powierzchnię — było bolesne — a wreszcie wyróżniało się wyglądem granulacyi, które przy kile są więcej słoninkowate, szare.

Rozpoznanie więc brzmiało: ***pierwotna gruźlica skóry powieki i okolicy worka łzowego oka prawego.***

Chorą do kliniki przyjęto i w tym samym dniu zrobiono kulturę z wydzieliny, która jednak wykazała tylko obecność stafylokoków; dalej wycięty kawałeczek z owrzodzenia zaszczepiono królikowi do przedniej komórki, a drugi podskórnie śwince morskiej.

Następnego dnia przystąpił Prof. Wicherkiewicz do wycięcia doszczętnego całego owrzodzenia, a miejsca głębsze lub podejrzane wyłyżeczkowano. Cały ubytek pokryto przyskórkiem z ramienia, przeszczepiając go metodą Thiersch'a. Pomijam dalszą historyę leczenia, nadmienię tylko, że płatki, z wyjątkiem leżących w kąciku wewnętrznym, które z powodu obfitej wydzieliny spojówkowej zmacerowały, zupełnie dobrze się przyjęły.

Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka skóry, dokonane łaskawie w zakładzie anatomii patol. Uniw. Jagiell., wykazuje obecność licznych typowych gruzełków. Także i zaszczepienie królikowi dało wynik dodatni, gdyż wytworzyła się na tęczówce wyniosłość, która z dniem każdym dawała coraz wyraźniejszy obraz guzka gruźliczego. Jedynie zaszczepienie śwince nie przyniosło pożądanych wyników, gdyż oprócz powiększenia u niej gruczołów pachwinowych, nic więcej stwierdzić nie było można. Wina zapewne tego, że wzięto nieodpowiedni kawałek z tkanki chorobowej.

Tak więc większa część badań ścisłych potwierdziła w zupełności pierwotne rozpoznanie, oparte na klinicznych objawach. W jaki sposób przyszło do umiejscowienia się gruźlicy w danym przypadku, nie da się określić. Wszelkim przy-

puszczeniom brak pewnych danych. Przypuszczać wolno, że zarazek dostał się ad locum affectum albo przez ukłucie owadu jakiego, albo też przez własne zadrapanie ręką dziecka, zanieczyszczoną może plwocinami osobnika tuberkulicznego. Przeciw przypuszczeniu, jakoby zarazek dostał się do worka łzowego i cierpienie stamtąd wzięło początek, przemawia aż nazbyt wyraźnie brak wszelkiego połączenia między owrzodzeniem a workiem.

Dla zaznaczenia, jak skąpe są opisy gruźlicy skóry powiek, niech mi wolno będzie tu dodać, że nic więcej ponad to, co Dr I. Strzemiński[1]) w swej pracy z literatury przytoczył, mimo skrzętnego poszukiwania nie znalazłem.

Wkońcu mogę jeszcze to tylko zaznaczyć, że opisany przypadek jest rzadkim nie tylko z umiejscowienia się sprawy chorobowej, ale i z tego, że dotyczył dziewczynki, gdy tymczasem Caposi spostrzegał gruźlicę skóry przeważnie u mężczyzn.

III. NOWE PRZYRZĄDY.

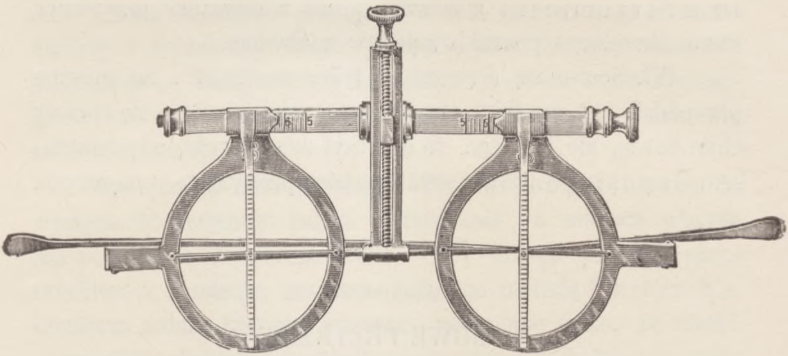
Trzeszczomierz (exoftalmometr) własnego pomysłu poleca Dr Schreiber z Magdeburga w sprawozdaniu swego zakładu[2]).

Przyrząd ten przedstawia oprawę na okulary, której okrągłe obręcze przedzielone są poziomo drutem platynowym. Przed tym drutem znajdują się pionowo umieszczone, a śrubą bez końca, wprawioną po prawej stronie do beleczki, ponad otworami okularów znajdującej się, rozsuwalne podziałki. Zero tych podziałek przypada właśnie na owe druciki platynowe. Beleczkę obejmuje w środku kobyłka (Steg), dająca się dowolnie około niej okręcać, a z drugiej strony znowu przez śrubkę bez końca podnosić lub obniżać. W ten to sposób oprawa może być nasadzoną tak na nosie, by stosowny otwór okrągły

[1]) »Postęp Okulistyczny«. Luty. 1899.

[2]) Dr Schreiber's Augenheilanst. Ber. a. d. Jahre 1897 u. 1898.

przytykał do oka wystającego. Mierzenie trzeszczu odbywa się oczywiście tylko w stosunku do drugiego oka, gdy to ma położenie prawidłowe. Nastawiwszy okulary tak, by podziałki odpowiadały środkowi źrenicy, odmierzamy zboczenie gałki ku górze lub dołowi odległością źrenicy od zera drutu poziomego. Zboczenie boczne odczytujemy na beleczce poziomej, gdzie się znajduje podziałka, wskazująca nam odległość źrenic, naznaczoną ustawieniem owych pionowych podziałek przez śrubę



boczną. Wystawanie zaś gałki można oznaczyć przy pomocy osobnej podziałki $^1/_2$-milimetrowej, dodanej do przyrządu, wymierzając odległość pomiędzy podziałką pionową a wierzchołkiem rogówki kokainowanej, albo też rogówki, pokrytej przymkniętą powieką.

Przyrządnik [1]) ten służyć więc może do rozmaitych celów, a mianowicie nie tylko do oznaczania stopnia trzeszczu, ale także do wymiaru szerokości źrenic, odległości tychże, a dalej łatwo będzie i zapad oka (enophthalmus) liczebnie oznaczyć.

W.

[1]) Do nabycia u optyka Sydowa. Berlin. NW. Albrechtstrasse. 13. za 13 marek.

IV. STRESZCZENIA.

Histologiczne badanie nerwowego systemu naczyniówki. Dr Mojżesz Zejdenmann z Lublina (Dysertacya. 1899. Petersburg. Stronic 64, z tablicą 9 rycin. [1])

Pracę swoją autor rozdzielił na 4 części: w pierwszej wyłożył historyę przedmiotu (Kölliker, H. Müller, Schweigger, Iwanow, Retzius, Schwalbe, Andogski i in.), w drugiej opowiedział o sposobach badania, w trzeciej opisał nerwowy system naczyniówki, wreszcie podał wyniki swych histologicznych badań, które wykonał w pracowni i pod kierunkiem Prof. akademii lekarskiej, Dra Ławdowskiego.

Badania głównie dokonano na oczach królików i szczurów. Po wyłuszczeniu gałkę natychmiast kładziono $^1/_{50}$% rozczynu metylenowego błękitu, rozcinano po równiku i ostrożnie wyjmowano naczyniówkę, tęczówkę z ciałkiem rzęskowem. Wiadomo, iż metylenowy błękit zabarwia żywą nerwową tkankę — własność tę odkrył w r. 1886 Erlich; po godzinie preparaty przenoszono w nasycony glicerynowy rozczyn ammonii picro-nitrici (fiksaż J. Dogiela, uważany za najlepszy do tego celu), następnie dopiero kładziono je na szkło, rozprostowywano pod lupą i zakrywano szkiełkiem, którego brzegi zaklejano parafiną, woskiem lub lakiem Mendelejew'a Na tak przygotowanych preparatach, dzięki cienkości naczyniówki, znakomicie widać wszystkie jej warstwy — nabłonek siatkówki, stroma naczyniówki i laminam suprachorioideam. Nerwy dość wyraźnie uwidoczniają się na jasno-żółtem tle preparatu w postaci gęstej siatki ciemno fioletowych nici rozmaitej grubości i każdemu naczyniu towarzyszą 2 lub 3 nerwy, idące z niemi równolegle i łączące się z wielu poprzecznemi i ukośnemi nerwowemi włókienkami; tylko w tylnych częściach naczyniówki, sąsiednich z twardówką, nerwy te zawierają myelinę, w innych zaś częściach, w tunicae vasculosae są to włókna pozbawione myeliny, odnoszące się do tak zwanych włókien Remak'a, — pozbawione są wszelkich błon, lecz często zawierają jądra, osobliwie w miejscach, gdzie się rozgałęziają, — są to zresztą cienkie osiowe cylindry, usiane licznemi dość charakterystycznemi rozszerzeniami (varicositas). — Te »perełki« bardzo były widoczne na preparatach autora, który

---

[1]) Streszczenie tej pracy odczytane było na posiedz. Tow. lek. lubelskich d. 19 maja, któremu Dr Z., jako czynny członek, przysłał takową z nad Newy.

studyował nerwy metodą, jak powiedziałem, Erlich-Dogiela, są one — zdaniem histologów — charakterystyczną oznaką nerwowej własności podobnych włókien.

Autor szczegółowo zbadał gwiaździste komórki, szczególnie znajdywane w wielkiej ilości w tęczówce i w ciałku rzęskowem. Kształtem przypominają one gwiaździste składniki neurogłii, komórki rogówki i budowę kości, nie łączą się wcale z nerwami, Dr S. nazywa je komórkami tkanki łącznej. Na rycinie 7 widzimy pięknie przedstawiony stosunek ich do głębiej leżącej tkanki rzęskowych wyrostków i tak ściśle z nimi złączonemi nerwami, iż łatwo je przyjąć za komórki nerwowe.

Wyniki tej pracy dadzą się tak streścić:

1. W naczyniówce każdej tętnicy i żyłce towarzyszą zwykle 2, rzadziej 3 nerwowe włókna, które następnie przechodzą do ciałka rzęskowego.

2. Rozgałęzienia tych włókien tworzą sploty: a) w adventitia naczyń, b) w tunica media (gładkie mięśniowe komórki) i c) cienką siateczkę w warstwach choriocapillaris i międzynaczyniowej przestrzeni.

3. Tęczówka i ciałko rzęskowe bardzo obfitują w nerwy, — tu dają się widzieć sploty myelinowych i bezmyelinowych, a także końcowe sploty pierwiastkowych nici.

4. Zwojowe komórki w tractus uvealis prawdopodobnie nie znajdują się wcale, co zresztą twierdził dawniej Retzius, Hosch i inni. Z nerwowemi komórkami, lecz nie zwojowemi, łatwo pomięszać komórki nabłonka i gwiaździste, składniki łożyska naczyniówki, tęczówki i ciałka rzęskowego.

5. Bezmyelinowe nerwowe włókna w węzłowych swych połączeniach, zawierając jądra i cokolwiek protoplazmy, mogą naśladować nerwowe komórki.

6. Swobodnych zakończeń nerwów nie bywa ani w naczyniówce, ani w innych częściach jagodówki; większa część nerwów — nerwy ruchu i naczyniówkowe, nerwy czucia — niedowiedzione.

7. W przestrzeniach międzynaczyniowych (lymfatycznych?) nerwy naczyniówki tworzą zamknięte sploty.

8. Lamina suprachorioidea składa się z płaskich spojówkowotkankowych komórek, podobnych do takichże Henle-Ranvier'a składników zwykłej tkanki łącznej.

9. Komórki łożyska naczyniówki, osobliwie jednak tęczówki i ciałka rzęskowego, chociaż zbliżone są do składników lam. suprachorioideae, jednakże różnią się od nich i najczęściej przypominają neuroglię.

10. Błękit metylenu w żywej tkance — najlepsza metoda dla

badania nie tylko nerwowego systemu oka, lecz wogóle i całej jagodówki, z wyjątkiem elastycznej tkanki, nad którą studya nie dały autorowi żadnych nowych wyników.

Dr Zejdenmann korzystał i zużytkował dość obfity literacki materyał obranego przez siebie przedmiotu, w rozprawie podano 54 dzieł, rozpraw i artykułów, zebranych w rozmaitych czasopismach.

Na stronicy 35 autor nazywa kazańskiego profesora, Jana Dogiela »darowitym russkim uczonym«. Chociaż nasz ziomek drukował przeważnie w języku rosyjskim, jednak pisywał dawniej i po polsku. *Dr J. T.*

Badania bakteryologiczne śluzoropotoku noworodków (blenorrhoea neonatorum). Dr Groenouw (Wrocław).

Autor zbadał 40 wypadków śluzoropotoku i katarów ropnych u noworodków podczas pierwszych tygodni ich życia. Ze znalezionych przez niego w wydzielinie chorej spojówki drobnoustrojów można z wszelką pewnością uważać, jako czynniki, wywołujące chorobę, tylko gonokoki i pneumokoki, z prawdopodobieństwem — staphylococcus pyogenes aureus i bacterium coli; co się tyczy pozostałych bakteryj, to jakiegoś jasnego chorobotwórczego znaczenia nie mają. Gonokoki znalazł autor w 14 wypadkach, przyczem obraz kliniczny choroby odpowiadał wyraźnie śluzoropotokowi. Ten ostatni pojawiał się w większości wypadków podczas pierwszych pięciu dni życia, lecz nieraz i później, raz na 13, a raz na 15 dzień. Fluor albus u matek stwierdzanym bywał często, nieraz zaś nie można było wykazać takowego. Do zupełnego wyleczenia śluzoropotoku potrzeba było 5—10 (przeciętnie 6) tygodni, lecz znikanie gonokoków nie zawsze przypadało równocześnie z ustaniem wydzieliny ropnej: tak na przykład raz gonokoki zniknęły o 7 dni wcześniej, niż wydzielina ropna, a innym znowu razem — w 25 dni po ustaniu ropienia. Stąd wniosek praktyczny, że leczenie przeciwgnilne należy stosować jeszcze przez pewien czas po ustaniu ropienia w celu uniknięcia nawrotów choroby. Pod względem bakteryologicznym wypadki, opisane przez autora, przedstawiały się w sposób następujący: w 7 wypadkach lekkiego kataru raz znaleziono bacterium coli, w pozostałych — żadnych typowych bakteryi. W 12 wypadkach ciężkiego kataru 5 razy znaleziono pneumokoki, raz bact. coli i raz — staphylococcus aureus. W 9 wypadkach lekkiego śluzoropotoku — 2 gonokoki i raz bact. coli; nareszcie w 13 wypadkach średniego i ciężkiego śluzoropotoku — 12 razy gonokoki. — Wrzody rogówki spostrzegano 3 razy i przytem wyłącznie tylko przy śluzoropotoku na tle gonokoków.

Autor przyłącza się do zdania Copper'a, że jeden i ten sam drobnoustrój może wywoływać rozmaite postacie zapaleń spojówki. Na spojówce noworodków wszelkie podrażnienie wywołuje katar ropny. Za źródło zakażenia autor uważa nawet przy późniejszem zakażeniu wydzielinę pochwy (Bericht über die 27 Versammlung der opht. Gesellschaft in Heildelberg 1898).

Dr Stanisław Serkowski.

Fistule congénitale de la cornée. Dr Albert Terson z Paryża (»La Clinique Ophtalmologique«. Nr. 11. 1899).

U dwudniowego noworodka stwierdził autor na prawem oku obraz następujący: Oko zupełnie blade, brak wszelkiej wydzieliny spojówkowej i wogóle jakiegokolwiek zadrażnienia zapalnego. Napięcie wśródgałkowe znacznie obniżone, brak przedniej komory, a w samym środku rogówki naprzeciw źrenicy mały otworek okrągły o brzegach gładkich, szarawej barwy, nie zdradzającej jednak obecności nacieku zapalnego. Tęczówka całym swym brzegiem źrenicznym przylega do obwodu tego otworu, który za nic innego nie można było uważać, jak tylko za przetokę rogówkową. Ciecz wodna sączyła się z przetoki tej małemi kropelkami. Przy stosowaniu środków zwężających źrenicę i zakładaniu opaski przetoka zamknęła się po upływie trzech tygodni. Z wywiadów nie można się było nic dowiedzieć, coby tłomaczyło powstanie tego zboczenia, — jedynie tylko zaznaczyć należy, że matka w szóstym miesiącu ciąży uderzyła się bardzo silnie w brzuch o róg stołu i przez kilka dni po tym urazie była cierpiącą. Zresztą we wszystkich kierunkach anamneza była zupełnie ujemna.

Na trzy sposoby można sobie wytłomaczyć powstanie takiej wrodzonej przetoki: albo ją będziemy uważali za wynik wadliwego rozwoju rogówki, albo za skutek doznanego urazu, albo wreszcie za następstwo zapalenia, przebytego w życiu płodowem. Że uraz, doznany przez matkę, nie mógł sprowadzić w powyższym przypadku zaburzenia w przebiegu prawidłowego rozwoju rogówki, to wynika z tego, że w szóstym miesiącu życia płodowego rozwój rogówki jest już ukończony; — natomiast najwięcej prawdopodobieństwa ma za sobą przypuszczenie, że na oku tem przyszło w życiu wśródmacicznem do wytworzenia wrzodu rogówkowego, który następnie przebił rogówkę i sprowadził przetokę. Owo uderzenie zaś, którego matka doznała, mogło tu odegrać pewną rolę pośrednią.

Przypadek ten daje autorowi sposobność do wyjawienia swych poglądów na sposób powstawania wrodzonych wad oka wogólności. Opierając się na pięknych pracach Dareste'a i Féré'go, którzy wprowadzili do teratologii metodę doświadczalną, przyznaje Terson wielki wpływ dziedziczności z jednej strony, a z drugiej zwyro-

dnieniu fizycznemu, rodzinnej kile i pijaństwu, które sprzyjają przenoszeniu na potomstwo różnych wad rozwojowych. W przypadkach, gdzie powyższe czynniki dają się jeszcze z wszelką pewnością wykluczyć, nie waha się autor przypisać pewnej roli urazom, a nawet silnym psychicznym wstrząśnieniom, jakim kobieta może uledz podczas ciąży. *Dr K. W. Majewski.*

Resorption spontanée de la cataracte. Dr Richard Hilbert ze Sensburga (»La Clinique Ophtalmologique«. Nr 9. 1899).

Autor opisuje przypadek niewątpliwego, samodzielnego wessania zaćmy schyłkowej u 65 letniego wieśniaka, który na drugiem oku okazywał wybitną kataraktę Morgagni'ego. Wywiady wykazywały, że bystrość wzroku lewego oka przed ośmiu laty zaczęła stopniowo podupadać i obniżyła się do samego tylko poczucia światła, a od trzech lat znowu się poprawia. Badaniem przedmiotowem można było stwierdzić brak soczewki i drobne tylko zaćmienia torebki, a V. l. o. = $^6/_{60}$ c + 17D. Chory nie przystał na operacyę zaćmy prawego oka w niewzruszonem przekonaniu, że bez lekarskiej pomocy odzyska wzrok na tem oku, jak odzyskał na drugiem. Dr H. podziela z nim tę nadzieję i upatruje w tym przypadku cenny dowód dla przypuszczenia Mitvalsky'ego, że katarakta Morgagni'ego stanowi wstępny okres do dobrowolnego wessania zaćmy i że takie zejście cierpienia byłoby regułą, gdyby chorzy żyli odpowiednio długo, względnie, gdyby się wcześniej nie poddawali operacyi. *Dr K. W. Majewski.*

Ein Fall von Spontanheilung eines Altersstars. Dr W. Dagilajski z Niżnego Nowgorodu (»Klinische Monatsblaetter«. Czerwiec. 1899).

W przypadku, który Dr Dagilajski ogłasza, uległa wessaniu samoistnemu zaćma schyłkowa prawego oka u pewnej wieśniaczki, która zaledwie przez dwa lata tylko okiem tem nie rozróżniała przedmiotów, poczem stopniowo wzrok zaczął powracać, podczas, gdy na drugiem oku zwolna podupadał. W dniu, gdy była badaną, oko lewe okazywało dojrzałą zaćmę schyłkową, źrenica zaś prawego oka była podzielona na dwie nierówne części: górna część, większa ($^2/_3$) była czarna, dopiero przy ogniskowem oświetleniu zdradzała obecność cieniuchnej torebki, dolna ($^1/_3$) zasłonięta była resztką brunatnego jądra o brzegu nierównym, jakby nieregularnie wyżartym. V. p. o. = $^6/_{12}$ c + 10D. Przez + 14D. mogła chora szyć i nawlekać igłę. Autor jest zdania, że tylko wśród wyjątkowych, bliżej nam dotychczas nieznanych jeszcze warunków przychodzi do dobrowolnego wessania zaćmy starczej, a ci, co utrzymują,

że zejścia takiego doczekaliby się wszyscy dotknięci zaćmą, gdyby tylko cierpliwie czekali i żyli dość długo, — mylą się wedle wszelkiego prawdopodobieństwa tak samo, jak ci, co twierdzą, że wszystkich ludzi, prędzej lub później, spotkałaby ślepota z powodu zaćmy, że zatem utrata przeźroczystości soczewki jest przemianą fizyologiczną, mającą jednak nieraz wystąpić dopiero w tak zgrzybiałej starości, jakiej nie każdemu danem jest doczekać. Na odparcie, a przynajmniej na osłabienie pierwszego twierdzenia nie brak spostrzeżeń, zwłaszcza w Rosyi, gdzie widzi się nieraz katarakty przejrzałe, które przez całe dziesiątki lat nie ulegają najmniejszej zmianie[1]). Wobec tego zatem, że *vis medicatrix naturae* pozostaje dla nas w tym razie czynnikiem nieobliczalnym, nie ma żadnej podstawy odwlekanie operacyi zaćmy przejrzałej, choćby już nawet przedstawiała postać katarakty Morgagni'ego. *Dr. K. W. Majewski.*

Etyologia nagminnych zapaleń spojówki. Artykuł Dra Ludwika Kamen'a (Czerniowce).

Jesienią 1898 roku pojawiło się w 41 pułku piechoty w Czerniowcach szybko rozszerzające się zapalenie nagminne spojówki, przyczem choroba charakteryzowała się opuchnięciem powiek, zaczerwienieniem i opuchnięciem spojówki, a także częstem występywaniem wybroczyn na gałce ocznej i znacznem wytwarzaniem się śluzowo-ropnej wydzieliny w obydwóch oczach, rzadziej w jednem. Żadnych powikłań ze strony rogówki ani też sąsiednich narządów zauważyć nie było można. Epidemia wybuchła i rozszerzała się w jednym z baraków drewnianych, w którym mieścili się rezerwowi. Po 14 dniowem leczeniu 1$^0/_0$ roztworem azotanu srebra choroba kończyła się zupełnem wyzdrowieniem bez jakichkolwiek następnych zachorzeń; nawroty choroby można było spostrzegać tylko jako wyjątki. Ogólnie zachorowało 150 mężczyzn w jednym baraku, lecz oprócz tego dały się spostrzegać liczne zasłabnięcia i w sąsiednim baraku, równocześnie i w mieście śród biednej i niechlujnej ludności. Autor opisaną przez siebie epidemię zbadał pod względem bakteryologicznym [2]).

Najnowsze dane bakteryologiczne usunęły zupełnie dawniejsze poglądy, podług których za przyczynę takich epidemii uważany był po części pył, po części zaś — podług teoryi Pettenkofer'a —

---

[1]) Sami operowaliśmy zaćmę starczą w 20 lat po jej rozwinięciu się. *W.*

[2]) Obraz kliniczny tej epidemii opisany jest szczegółowo w artykule J. Kast'a pod tytułem: »Eine Epidemie von acutem contagiösen Bindehautkatarrh«. Centralbl. f. Bakt. 1899. XXV. Nr 13, str. 458. *Ref.*

meteorologiczne i telluryczne wpływy. W roku 1883 R. Koch spostrzegał w Egipcie epidemię (50 wypadków) i znalazł w jednych, więcej złośliwych wypadkach mikrokoki, bardzo podobne do gonokoków i może być nawet identyczne z tymi ostatnimi, w innych zaś, mniej groźnych wypadkach — »maleńkie prątki« wewnątrz komórek ropnych. Takie również prątki, podobne do bac. septicaemiae myszy, stwierdzał i Kartulis w wielu setkach wypadków. W roku 1886 Weeks podczas strasznej epidemii zapaleń spojówki, znanej pod nazwą *„Pinkeye“*, znajdował we wszystkich wypadkach prątek, identyczny z tym, który Koch odkrył podczas epidemii egipskiej. Weeks nie mógł otrzymać czystych hodowli lasecznika, tylko w symbiozie z bac. xerosis albo pseudodiphteriae; lecz po upływie 3 lat (1889) otrzymał hodowle czystego lasecznika (bac. Koch-Weeks) na środowiskach stałych (0,5$^0/_0$ agar) z dodaniem do tych ostatnich wydzieliny, wziętej z oka w wypadkach najcięższych. Dalej Axenfeld opisuje jednę szkolną epidemię, której przyczyną był *pneumococcus* Fraenkel'a. Wilbrandt, Saenger i Staelin spostrzegali w Hamburgu dwie epidemie; podczas jednej z nich znajdowali 4 grupy drobnoustrojów [1]), podczas zaś drugiej (1894) w większości wypadków stwierdzali tylko *bac.* Koch-Weeks'a. W r. 1895 przez Gelpke'go podczas epidemii w Karlsruhe odkryty został inny czynnik, wywołujący daną chorobę, i nazwany przez niego *bacillus septatus*. Kolonie lasecznika Koch-Weeks'a, zbadane w 8 wypadkach jednej epidemii w Paryżu przez Morax'a i Beach'a, bardzo przypominają kolonie lasecznika influenzy, lecz hodowle w przeciwieństwie do hodowli tego ostatniego okazują się niechorobotwórczemi dla zwierząt. Przegląd literatury u Kamen'a kończy się znanemi pracami Adler'a i Weichselbaum'a, którzy opisali szkolną epidemię (zachorowało 74 dzieci i 1 dorosły), wywołaną przez pneumokoki.

Autor zbadał bakteryologicznie 25 wypadków.

Po szczegółowem opisaniu przebiegu badań wyprowadza następujące wnioski: 1. Epidemia, wybuchła w Czerniowcach, była bez wątpienia wywołaną *lasecznikiem* Koch-Weeks'a. 2. Otrzymać czyste hodowle tego ostatniego można, na zasadzie podobieństwa do lasecznika influenzy, najłatwiej na agarze krwawym, przygotowanym sposobem Pfeiffer'a. 3. Na zasadzie swych morfologicznych i biologicznych własności dany lasecznik odnieść należy do grupy prątka grypy. 4. Drobnoustrój ten, odznaczając się niezwykłą

---

[1]) I. grupa: Micrococcus subflavus, Trachomcoccus. II. grupa: Trachomcoccus Michel'a. III. grupa: Diplococcus, podobny do gonokoka. IV. grupa: Bacillus Koch-Weeks. *Ref.*

delikatnością, trudnem hodowaniem i niewielką zdolnością życia w hodowlach, niełatwo zastosowuje się do saprofitnych warunków życia. 5. W stosunku do zwierząt jest niechorobotwórczym lub posiada nieznaczne tylko działanie chorobotwórcze, lecz pożądane są dalsze badania w tym kierunku w granicach więcej obszernych. (»Centralbl. f. Bakteriol., Parasitenk.« etc. XXV. 1899. Nr 12 i 13, str. 401 i 449). *Dr Stanisław Serkowski.*

Choroby oka przy durze powrotnym. Dr Czemołosow (Medicinskaja Pribawlenja k morskomu Zborniku, książka lutowa).

Spostrzeżenia, oparte na 115 przypadkach, spostrzeganych w petersburskiej ocznej lecznicy podczas epidemii tyfusu w 1895/6 r. *Porażenie oczu* obustronne było tylko 13 razy, reszta jednostronne. Tylko u 4 chorych rozwinęło się ono między powrotami, u reszty objawiło się po ostatnim powrocie duru, a których bywało nawet do 6. Rzadziej spostrzegano li tylko chorioiditis (19 przypadków), częściej iridochorioiditis, przyczem zwykle zaczynało się od chorioiditis i dopiero później przyłączało się zapalenie tęczówki. Przy zapaleniu naczyniówki chorzy uskarżali się na osłabiony wzrok i latające muszki, przyczem wziernikiem wykrywano zmętnienia ciałka szklistego pod rozmaitemi postaciami, co trwało zwykle od 1—2 miesięcy, i wzrok zupełnie powracał po użyciu dymnych konserwów, jodku potasu wewnątrz i napotnych środków (przeważnie ros. łaźni). Nie tak dobre zejścia były przy iridochorioiditis, przyczem spostrzegano tylne przyrosty tęczówki (zresztą łatwo rozrywalne 2%[1]) roztworem atropiny) i powiększone wewnątrzoczne ciśnienie; w sześciu przypadkach stwierdzono ropę w przedniej komórce, w 2 żelatynowe wypociny, w 6 nieruchomą błonę w ciałku szklistem, która się rozpadała na duże ruchome płatki, w 10 znaczną bolesność w okolicy ciałka rzęskowego (kyklitis). Ta druga potyfusowa postać cierpienia oczu trwała dłużej od pierwszej, całe miesiące, lecz pomimo to miała dobre zejście. Leczenie: atropina z kokainą, ciepły okład, Heurteloup, podskórne wstrzykiwania pilokarpiny. Wkońcu autor wyznaje, że powyższe obie postacie cierpienia oczu nie są właściwe li tylko durowi powrotnemu, spostrzegał on takowe i po durze brzusznym (2 przypadki) i po influenzy (1 przyp.) i po nieokreślonych postaciach gorączkowych (18 przyp.). *Dr J. T.*

O półksiężycowych lipodermoidach spojówki. Prof. Dr. Ewecki (Odbitka z Medicinskaho Obozrenja).

Lipodermoidy Eweckiego są to tłuszczaki i skórniaki jednocześnie. Umiejscowiają się one najczęściej na zewnętrznej stronie

---

[1]) Słabsze rozczyny ½—1% także wystarczają..

oka pod postacią ruchomego załamka, otaczającego łukowato zewnętrzny brzeg rogówki. Załamek koloru żółtawego, gładkiej powierzchni, gubi swój wierzchni i dolny koniec w sklepieniu spojówki, zaś podstawę za zewnętrznem spojeniem. Podobne załamki spotyka się bardzo rzadko, zazwyczaj są wrodzone, znane są jednak od dawna okulistom, którzy uważali je za rozrost błony śluzowej lub za czwartą powiekę w zarodku. Prof. Ewecki opisuje pięć wypadków (chorzy w wieku od 21—23 roku, na 1 mężcz. 4 kob.); pod mikroskopem narośle owe składały się z tłuszczowej tkanki, pokrytej cienką otoczką (z budowy przypominającą skórę) z grubym pokładem nabłonka. W dwóch wypadkach z łatwością można było stwierdzić na przedniej powierzchni załamków skórniak, zawierający dość znaczną ilość ciemnych włosów. Jakkolwiek w dwóch wypadkach obecność włosów stwierdzoną nie była, to jednak warstwa skórna przemawiała na korzyść skórniaków. Żadna z istniejących teoryj nie objaśnia ani charakterystycznego zewnętrznego wyglądu, ani stałego umiejscowienia ich na zewnętrznej stronie oka.

Włodz. Talko.

Demodex s. Acarus folliculorum und seine Beziehung zur Lidrandentzündung. Dr Joers Giessen (»Deutsch. Med. Wochenschrift«. Nr 14. 1899).

Po ogłoszeniu przez Rählmann'a spostrzeżeń nad pasorzytem, gnieżdżącym się w torebce włosowej rzęs i wywołującym zapalenie brzegu t. zw. blepharitis acarica, przeprowadził autor szereg badań i doszedł do zupełnie innych wyników. Badając bowiem wyrwane rzęsy, bez względu na rodzaj zapalenia brzegu, jak również z powiek zupełnie zdrowych, znalazł, że nużeniec ludzki (demodex folliculorum) znachodzi się nawet stosunkowo częściej, bo w 64% przypadków, na zdrowych, aniżeli na rzęsach, wyrwanych z powiek, przedstawiających obraz blepharitis acarica.

Wobec więc tego, że pomimo swej obecności pasorzyt ten nie wywoływał najmniejszych objawów zapalenia, wnioskuje autor, że między acarus foll. a pewnymi rodzajami blepharitis nie ma żadnego przyczynowego związku i że z tego powodu nie należy uważać blepharitis acarica za odrębne zapalenie brzegu powiekowego.

Sądzi dalej, że nużeniec ludzki jest tu zupełnie obojętnym pasorzytem, grającym podobną rolę, jak na innych częściach ludzkiego ciała.

Rählmann'owi przypisuje tylko zasługę, że zwrócił uwagę na zupełnie zapoznany, a tak często znachodzący się na rzęsach pasorzyt. *Łuniewski.*

Conjunctivitis malarica. J. Sassaparel z Krasnego Stawu (»Woj.-med. Zurnał«. Kwiecień).

Autor spostrzegał u 19 letniej guwernantki objawy tak zwanej febris larvata w lewem oku, które ustąpiły dopiero po użyciu chininy. Stwierdzano między 8 a 11 godziną rano, i to codziennie, »nieznaczne« tylko przy bólu oka łzawienie i przekrwienie spojówki, Dr S. tworzy z tego osobną postać zapalenia spojówki (c. malarica) i dziwi się, że opisu jej nie znalazł w dostępnych mu okulistycznych pismach[1]). *Dr J. T.*

Przyczynek do etyologii miąższowego zapalenia rogówki. Langie (»Przegląd Lek.« 1899. Nr 24).

Autor stwierdził u 21 letniej panny rozlane zapalenie rogówki, leczone poprzednio na prowincyi przez cztery tygodnie wcierkami szaruchy, pomimo, że nie było »żadnych danych do kiły dziedzicznej, tem bardziej do nabytej«; nie mogąc również, przy pomocy internisty i syfilodologa, znaleść żadnego przyczynowego związku choroby ocznej z innem jakiem cierpieniem, podawał jodek potasu.

Po kilku dalszych tygodniach wyrwany chorej dla bólu zepsuty lewy ząb mądrości naprowadził autora na myśl, że to ząb ten mógł być powodem cierpienia ocznego, które krótko przed jego rozwojem miał poprzedzać ból owego zęba. Od chwili wyrwania zęba, »mimo odstawienia jodu«, nastąpiło widoczne polepszenie, a po dwóch tygodniach, przy stosowaniu jedynie atropiny i maści jodoformowej do oka, wszelkie objawy zapalne ustąpiły i »można było przejść do środków wyjaśniających rogówkę«. »Ostatecznie — dodaje autor — po wessaniu się nacieków zapalnych, oko powróciło do prawidłowego stanu, pozostały tylko małe, bardzo nieznaczne *obwodowe* plamki«.

W jakim czasie to wyjaśnienie rogówki nastąpiło, czy z zapaleniem połączone było wytworzenie się w rogówce naczyń, czy i w jakim czasie one po ustąpieniu zapalenia zniknęły, jaka była bystrość wzrokowa, czy zapaleniu rogówki towarzyszyło zapalenie tęczówki lub całej nawet jagodówki, z »obszernego przedstawienia« dowiedzieć się nie możemy, a jednak uwzględnienie tych okoliczności w historyi choroby przyczyniłoby się niezmiernie do lepszego określenia rodzaju zapalenia rogówkowego, jako też do wyjaśnienia przyczynowego związku pomiędzy zapaleniem rogówki, a chorym zębem mądrości.

Wpływ zębów na powstawanie rozlicznych chorób ocznych

---

[1]) Gdy przy nerwicach trójdzielnego na podstawie malaryi i gałęź łzowa jest zajętą, objaw ten często występuje. *W.*

przez wielu już zaznaczanym bywa, powstawanie zapalenia rozlanego miąższowego rogówki w następstwie chorego zęba należy w każdym razie do rzadko stwierdzonych przypadków.

Przytoczony przez autora przypadek Armaignac'a na potwierdzenie, że zadrażnienie oka przez uraz może sympatycznie i na drugiem oku wywołać zapalenie miąższowe rogówki, nie zasługuje na uwzględnienie z tego powodu, iż w rozprawie nad tym przedmiotem mógł Lagrange[1]) zaznaczyć, że uważa przypadek Armaignac'a jako zapalenie miąższowe na podstawie kiły odziedziczonej, a niezależne od urazu. Wobec podobnych pomyłek nadzwyczajna ścisłość w rozpoznawaniu jest konieczną, by módz krytycznie jakieś daleko idące czynić wnioski.

Zapalenie siatkówki w okolicy plamki żółtej wskutek oślepienia przez światło elektryczne. — Dr Würdermann i Murray (»The ophthalmic Record«. Maj. 1899).

Mężczyzna lat 20 zwrócił się 6 stycznia do autora, skarżąc się na oko. Poprzedniego dnia, ostrząc na dynamicznej maszynie nóż, został oślepiony blaskiem, gdyż kawałek ostrza spalił się. — Oślepienie oczu trwało około 10 minut; kiedy po południu przyszedł znów do pracy, oczy silnie były zaczerwienione. Z powodu silnego bólu noc spędził niespokojnie. Przy wziernikowem badaniu okazało się, że dolne żyły siatkówki były przekrwione, a okolica plamki żółtej zamglona, silniej w oku lewem, pole widzenia zmniejszone, nadto w lewem oku środkowy ubytek. Przedmioty wydają się przekrzywione i przekształcone (metamorphopsia). V. o. D = $^6/_{20}$. V. o. s = $^6/_{30}$. Już nazajutrz, po spędzeniu dnia w ciemnym pokoju i po wkropleniu atropiny, objawy podrażnienia były o wiele słabsze. D. 12 stycznia ubytek środkowy stawał się mniej wyraźny. 16 stycznia zamglenie okolicy plamki żółtej znacznie mniejsze: V. o. D = $^6/_{20}$. V. o. s = $^6/_{20}$. 30 stycznia dno oka, pole widzenia i siła wzroku prawidłowe.

W wieku elektryczności takie przypadki, jak powyższy, zdazdarzają się zapewne częściej, aniżeli nawet przypuszczamy.

Włodz. Talko.

Plewka jajka w oftalmiatryi. Dr Coover (»The ophthalmic Record«. Maj. 1899).

Autor z bardzo pomyślnym skutkiem zastosował plewkę w 4 przypadkach (2 zrosty powiek z gałką, głęboki wrzód rogówki z przepukliną błony Descemet'a i po operacyi irydektomii z obawy przed infekcyą). Przed operacyą asystent świeże jajko

---

[1]) Annal. d'oculist. T. 115, str. 382.

obmywał w roztworze formaliny. Po stłuczeniu jajka plewkę zanurzano w fizyologicznym roztworze soli, następnie dopiero, przytrzymując ją szczypczykami, odcinano nożyczkami odpowiedni do celu kawałek. Przy symblepharon po odłączeniu powiek od gałki i usunięciu błon bliznowatych, autor obustronnie pokrywał rany plewką, dla lepszego utrwalenia zakładając ją pod oddzieloną spojówkę. Po nałożeniu opatrunku — ani bólu, ani podrażnienia nie było. Po 10 dniach, w obydwu przypadkach, plewkę usunięto, ponieważ powierzchnia gałki i powiek była już gładką, bez zrostów. Przy głębokim wrzodzie z przepukliną błony Descemet'a leciutko wyłyżeczkowano owrzodzenie, wskutek czego nastąpiło przedziurawienie. Plewką przykrył autor mniej więcej całą przednią część gałki. Wstrzyknięto atropinę, oczy obustronnie zabandażowano, zalecono leżenie w łóżku. Na trzeci dzień po zdjęciu opatrunku — ani bólu, ani podrażnienia, przednia komórka wypełniona. Oko i plewkę przemyto roztworem soli. W końcu drugiego tygodnia wrzód zagoił się zupełnie, plewkę zdjęto. Zważywszy łatwość otrzymania plewki, możność zastosowania jej wszędzie, niewywoływanie ani bólu, ani podrażnienia, autor sądzi, iż plewka, w szeregu zalet posiadająca sprężystość, wszystkie posiada dane do szerokiego stosowania, zwłaszcza przy przetokach rogówki i przy ranach rogówki i twardówki, jako chroniąca od zewnętrznego zakażenia. *Włodz. Talko.*

O chirurgicznem leczeniu jaglicy. Aleks. Bortkiewicz (»Woj.-med. Żurnał«. Kwiecień).

Dr B., służąc w Razaniu jako lekarz wojskowy, naznaczony był przeze mnie na ordynatora dotkniętych jaglicą szeregowców nieżyńskiego pułku, z których utworzono oddzielną rotę, umieszczoną w nowo naprędce postawionym budynku. Izolacya, ten niezbędny warunek hygieniczny dla ocznych chorych w wojsku, zastosowaną była w całem znaczeniu. Autor w tem sanatoryum leczył mechanicznie 200 dotkniętych ziarnistą jaglicą i dziś złożył sprawozdanie swej pożytecznej czynności. Przy wyciskaniu ziarn jaglicy używano: szczypczyków Burdach'a dla odwinięcia górnej powieki, zakrzywionej pincetki Donberg'a do wyciskania, maleńkiej ostrej łyżeczki do wyskrobywania pojedynczych follikułów, a także igły, używanej do discisio. Szczypczyki Knapp'a uznano za niepraktyczne, przy użyciu bowiem są dość bolesne i stosunkowo działanie ich jest grube [1]). Po odwinięciu powiek, wyciśnięciu i wyskrobaniu ziarn, pomocnik zraszał spojówkę 1:2000 roczczynem sublimatu, przyczem

[1]) Palce zręcznego operatora obyć się mogą bez wszelkich przyrządów w celu wyciskania tego, co się wycisnąć da. *W.*

operator wycierał (masował) ją kulką z waty. Spojówkę znieczulono przytem 5% rozczynem kokainy. Następnie stosowano na oczy zimne okłady (4 dni) i codzień spojówkę rozcierano kulką z waty przez dni około 10. Chorzy z przyjemnością poddawali się takiemu leczeniu. Wyciskanie było dostatecznie raz zrobić, powtarzano je tylko u trzech chorych. Nie zapobiegało to jednak nawrotom choroby po kilku miesiącach, chociaż w znacznie mniejszym stopniu.

Wobec znacznego procentu jaglicowych w wojsku rosyjskiem autor słusznie domaga się, aby w każdej części wojska utworzyć oddzielną t. zw. trachomatyczną komendę, którą należałoby poruczyć jednemu lekarzowi, obznajomionemu z chorobami oczu, a przynajmniej chorobami spojówki. *Dr J. T.*

Heteroplastyka w oczodole. Dr M. E. Valude (»La Clinique Ophtalmologique«. Nr. 10. 1899).

Operacya Mules'a polega, jak wiadomo, na włożeniu kuli szklanej do twardówkowego worka po ewisceracyi, gdy tymczasem heteroplastyka jest to zaszywanie przedmiotów organicznych, więc kawałka węgla, kości, gąbki i t. d., po enukleacyi gałki do worka Tenon'a. Pierwszy Lang w 1887 r. ogłosił świetny wynik, otrzymany z wprowadzenia do worka po enukleacyi wydrążonych kul ze szkła, celluloidu i ze srebra. Belt (z Waszyngtonu), polegając na arcyciekawych doświadczeniach Hamilton'a (z Edynburga), iż już w dziesięć dni po wprowadzeniu gąbki do jamy brzusznej u zwierząt następuje rozwój nowej, przenikającej gąbkę tkanki i naczyń, radził zaszywać do worka gąbkę, należycie oczyszczoną i równającą się mniej więcej $^3/_4$ wielkości gałki. Hamilton wskazał również i na porowaty węgiel, który mógłby skutecznie w worku opierać się uciskowi bliznowatej tkanki. Bourgeois (Reims) używa w tym celu kłębków jedwabiu lub waty z torfu, owiniętych katgutem, wyniki pono mają być dobre.

Przez ciąg dwóch lat Dr Valude przeprowadził szereg doświadczeń, aby przekonać się, o ile i z jakim pożytkiem mogą być do worka Tenon'a zaszywane wyż wzmiankowane przedmioty. Po zaszyciu gąbki wyjałowionej do worka — w następnym roku spostrzegł, iż gąbka w oczodole zapadła się zupełnie. Badanie drobnowidowe wykazało, iż szkielet gąbki skurczył się i że rozrośnięta w niej tkanka jest w stanie zwyrodnienia ziarninowego. Doświadczenia z węglem, z główką kości udowej młodego psa, kłębkiem jedwabiu nie udały się zupełnie, a przynajmniej, jak w jednym przypadku z główką kości udowej, dały wynik bardzo niepewny. W wyniku więc Dr Valude przyszedł do przekonania, iż zaszywanie

ciał organicznych do niczego nie prowadzi i musi ustąpić miejsca ciałom nieorganicznym. W oddzielnym szeregu doświadczeń z zaszywaniem kul z ciał nieorganicznych przekonał się autor, iż, aby uchronić chorego od wypadnięcia sztucznej kuli, należy przedewszystkiem zakładać szwy gęsto, pomnąc, iż najważniejszą rzeczą jest wytworzenie całkowitej (bez przerw) blizny: »L'inclusion d'un globe inorganique dans les tissus de l'orbite après énucléation, est donc facilement réalisable, mais à la condition expresse de pratiquer des points de satures très nombreux et très solidement passés dans les tissus«. *Włodz. Talko.*

Szkodliwość jednoczesnego naznaczania jodu do wewnątrz i rtęci do oczu. J. Woskresenskij. (»Wojenno-medicinskij Żurnał«. Książka kwietniowa).

Pewnej pani w pół godziny po zażyciu 20 gr. natr. jod. nasypano do oka kalomelu, — natychmiat pojawiły się objawy drażniącego działania proszku, ból nie ustępował od wkraplania kokainy. Pod górną powieką, po oczyszczeniu spojówki z proszku, spostrzeżono owrzodzenie dość obszerne, głębokie pół mm., strup, jak po przyżeganiu azotanem srebra. Zdaniem Dra W., jod, wydzielany przez gruczoł łzowy, połączył się z kalomelem i utworzył drażniący dwujodek rtęci. Autor twierdzi, że nie wszyscy są tego zdania; i tak na przykład Dr Ławrentjew w Moskwie pisze: »w ciągu ośmiu lat bardzo często używam maści z żółtego precipitatu rtęci w połączeniu z jodoformem i nigdy nie spostrzegłem drażniącego działania jod.-rtęci« [1]).

Pamiętać trzeba, że kalomel sam przez się może wywołać w spojówce drażniące działanie wskutek wytworzenia się w nim sublimatu, o czem obszerniej pisałem w tymże »Woj.-med. Żurnalu« (1883 r.) i w »Medycynie« (T. XI). *Dr J. T.*

Zaćma przy cukrzycy. Dr Robert Randolph (»The ophthalmic Record«). Kwiecień. 1899).

Pierwszy Rollo w 1798 r. spostrzegł zaćmę przy cukrzycy, opisał zaś ją Lecorche w 1851 r. Von Graefe twierdził, że zaćma wytwarza się mniej więcej raz na 4 dyabetyków. Według statystyki Gałęzowskiego na 100 zaćm wszelakiego rodzaju spotyka się zaledwie jedna zaćma cukrzycowa, według Becker'a 4, według Oppolzer'a 9. Kiedy jedni twierdzą, iż przy cukrzycy zaćma wytwarza się w późniejszym okresie choroby, Dor i Le-

---

[1]) Wpływ ujemny kalomelu na spojówkę przy podawaniu wewnątrz jodku potasu nie ulega żadnej wątpliwości, atoli nie wywierają go inne przetwory rtęci, zwłaszcza t. zw. żółta maść. *W.*

corche utrzymują, iż we wcześniejszym. Dziś okuliści nie uważają cukrzycy za przeciwwskazanie do operowania zaćmy. Gałęzowski w liczbie 32 operowanych zaćm przy cukrzycy (ilość cukru w moczu we wszystkich tych przypadkach była znaczną) otrzymał zaledwie jeden zły wynik.

Zaćma przy cukrzycy wytwarza się względnie bardzo szybko w przeciągu mniej więcej dwóch lub 3 miesięcy. Znane są wprawdzie przypadki upostaciowania się zaćmy przy cukrzycy w przeciągu tygodnia, w każdym razie nie tworzą się one dłużej od roku. Tworzą się zwykle na obydwóch oczach według jednego typu, mianowicie rozpoczynają się z obwodu soczewki.

Z przytoczonych 3 historyj przebiegu wydobycia zaćmy przy cukrzycy przytaczamy jeden: Murzyn, 35 lat chory na cukrzycę, zaledwie od roku posiada w obydwóch oczach zaćmy. W moczu cukru $2^7/_8{}^0/_0$. Operacyi ekstrakcyi dokonano z początku na prawem, a po upływie tygodnia na lewem oku, w którem wywiązało się z niewiadomych przyczyn lekkie zapalenie tęczówki. Po 6 tygodniach Murzyn opuścił szpital z siłą wzroku $^{20}/_{40}$ na obydwa oczy. Autor podkreśla oryginalny szczegół. Otóż mianowicie po operacyi ekstrakcyi iritis wytwarza się częściej u czarnej, niż białej rasy chorych.

Co się tyczy patogenezy zaćmy przy cukrzycy, to autor skłania się do teoryi Deutschmann'a, iż zaćma powstaje skutkiem obumarcia komórek (włókien) soczewkowych przez niewłaściwie zmienione soki, gdyż wtedy dyfuzya się zwiększa i istota soczewkowa, pęczniejąc, mętnieje.

Należy pamiętać, że zaćma i zapalenie siatkówki (retinitis diabetica) przy cukrzycy są to zupełnie oddzielne dwie choroby, wikłające się ze sobą bardzo rzadko. Stwierdzony ten fakt czyni naturalnie rokowanie przed operacyą wydobycia zaćmy przy cukrzycy pomyślniejszem.

Włodz. Talko.

Pulsujący trzeszcz przy aneuryzmatycznym żylaku szyi.

Dr H. Gifford (»The ophthalmic Record«. Kwiecień. 1899).

Czterdziestotrzyletni Irlandczyk, napadnięty przed 4 laty przez pijaków, został kilku uderzeniami w lewą stronę szyi powalony na ziemię. Według słów chorego szyja zaczynała puchnąć i niemal zrównała się z podbródkiem, była przytem czarną. Już w kilka godzin po wypadku powstał szum w głowie, trwający odtąd ciągle. W 4 tygodnie potem nastąpiło nieznaczne wysadzenie lewej gałki i mniej więcej w tym samym czasie lewe oko zaczęło zezować w stronę nosa, przyczem wzrok tego oka psuć się zaczął. W 4 lata po wypadku stan przedstawiał się w następujący sposób: Oko prawe prawidłowe, V = $^{20}/_{30}$, w lewem oku zez zbieżny (około 6 linii), w porówna-

niu z prawem okiem wysadzone na $^1/_8$ cala. Trzeszcz objawia tętnienie, odpowiednie uderzeniom serca. Zresztą nie ma w lewem oku nic nieprawidłowego, V. = $^{20}/_{100}$; wystarcza, aby chory zwrócił głowę w lewą stronę V. poprawia się, równa się wówczas $^{20}/_{40}$. Tętnienia siatkówki nie widać. Na lewej stronie szyi cylindrycznej postaci tętniący nowotwór, który od brzegu mięśnia sutko-obojczykowego, stopniowo zwężając się, posuwa się aż do kąta żuchwy. Nowotwór naczyniowy drży przy wymacywaniu palcami, tętni gwałtownie, przez słuchawkę słychać głośne szmery. Następstwem pobicia było i przemieszczenie kości podjęzykowej. Słuchawka, przystawiona do byle jakiego miejsca na czasce lub do lewego oka, daje słyszeć szmer. Nowotwór się nie powiększa, do szumu w głowie chory się przyzwyczaił, skarży się więc tylko, iż z powodu osłabienia nie może zająć się poważną pracą.

Dr H. Gifford twierdzi, iż trzeszcz i porażenienerwu odwodzącego nie były w tym razie następstwem wynaczynienia krwi do mózgu lub oczodołu, lecz powstały wskutek zwiększonego ciśnienia w zatokach czaszkowych, początkowo w zatoce skalistej, następczo w zatoce jamistej, spowodowanego obecnością nowotworu naczyniowego na szyi. Przypadek więc Dra G. stanowiłby *unicum,* gdyż w rozprawie Keller'a (Zurych, 1898) w liczbie 118 przypadków wzmianki o tego rodzaju wypadku nie ma. Wobec istnienia nowotworu na szyi, nie ma racyi podejrzywać tętniaka w mózgu, gdyż nadto z wywiadów przekonać się było można, iż chory w głowę nie był bity wcale. Chirurdzy, którym autor pokazywał niniejszy przypadek, uznali go za żylak aneuryzmatyczny. Gdyby tak było istotnie, podwiązanie żyły szyjowej wyżej ponad żylakiem pozbawiłoby chorego niemiłego szumu w głowie (oraz złagodziłoby objawy ze strony oka. *Przyp. ref.).* *Włodz. Talko.*

V. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Societe française d'ophthalmologie. Posiedzenie 2 maja b. r. (Ciąg dalszy).

Rochon-Duvigneaud mówi *o anatomii i patologii dróg łzowych.* Brak nam opisu dokładnego anatomicznych stosunków dróg łzowych, a właśnie znajomość ścisła tego przedmiotu może odsłonić niejedną wskazówkę właściwego leczenia. Autor zaznacza różnicę, jaka zachodzi między przewodem nosołzowym dorosłych, a dzieci i noworodków.

Zakrzywienie przewodu w dolnej części zwraca się u noworodków ku wewnątrz. W tymże wieku przewód jest oddzielony od jamy H i g h m o r'a grubą tkanką, dopiero później jama ta, rozwijając się, łączy się z przewodem.

Układ wewnętrzny przewodu u noworodków i dorosłych różni się także.

U pierwszych spotykamy kilka przegród poziomych albo lekko skośnych, w środku przekłutych. Co do liczby zazwyczaj cztery, ale ich miejsce jest różne. Te przegródki nie mają, jak twierdził H y r t l, ułożenia krętego (spiralnego). Mają one rozmaitą szerokość. Najszersze stanowią istne przegrody błony śluzowej, ale często tworzą one tylko proste załamki pierścieniowate. U wielu osobników dorosłych nie ma ani przegród, ani też załamków pierścieniowatych. Zależnem to jest od rozwoju błony śluzowej, gdzie ona obfitsza, tam tworzą się przegrody i pierścienie.

Nigdzie nie spotykał autor tych przegród, tak regularnych u noworodków, u dorosłych. Tu powierzchnia jest więcej gładką. Natomiast rzadko u nich jest przewód zupełnie regularny, napotyka się wklęśnięcia, nierówności, zwężenia, zgrubienia, a pod tym względem zachodzą rozliczne różnice osobnikowe, a nawet przewodów jednej i drugiej strony. Zdaje się, że zastawki, zachodzące u noworodków i dzieci, później giną.

Jedyna stała zastawka zachodzi poniżej ujścia przewodzików do worka łzowego. Autor nazywa ją zastawką B é r a u d'a. Mylnie, gdyż B é r a u d'a zastawka jest przy ujściu worka łzowego do przewodu łzowego, tamta zaś nazywa się zastawką H u s c h k e'go.

Co do ujścia dolnego i skłonności przyrodzonej do zapalenia worka łzowego takie wypowiada autor zapatrywanie: Przewód nosowy pierwotnie u noworodków nie ma połączenia z jamą nosową. Zazwyczaj kończy się on ślepo pod błoną śluzową dolnej jamy nosowej, wyjątkowo powyżej, to jest tam, gdzie się kończy kostny przewód nosowy. W obu przypadkach odpadki nabłonkowe, gromadząc się, powodują rozszerzenie dolnego końca ślepego przewodu i jego pęknięcie. Okres, w którym to następuje, jest rozmaity. — Jeżeli jednak dwie błony śluzowe, oparte o siebie, to jest błona śluzowa przewodu i błona nosowa, są bardzo odporne, to pęknięcie może się opóźnić. Z tego wynikają dwie ostateczności: 1. ujście przewodu do jam nosowych następuje dopiero po urodzeniu, — 2. przewód rozszerza się wskutek nagromadzenia owych odpadków nabłonkowych. Nie mamy jeszcze wtenczas do czynienia z prawdziwem zapaleniem worka łzowego, ale potrzeba tylko, by do nagromadzonych mas nabłonkowych przystąpiły jeszcze drobnoustroje, a wytwarza się łatwo zapalenie samo.

Co do gruczołów, to ich nie ma w przewodzie łzowym, mimo, że właśnie błona śluzowa nosa tak w nie obfituje. Natomiast przy dokładnem badaniu błony śluzowej przewodu spotyka się zgrubienia nabłonka, przypominające nieco postać butelki, a mogące uchodzić poniekąd za nierozwinięte pierwiastkowe gruczoły. Takie utwory spotyka się też częściej u noworodków, aniżeli u dorosłych. Gruczołki, spotykane u ujścia przewodu do nosa, należą raczej do błony śluzowej nosa. Nie posiadając gruczołów śluzowych, przewody nie ulegają nieżytom, podobnym do nieżytu nosa.

Lagrange mniema, że na podstawie przedłożonych przez autora rysunków przypuszczać właśnie można istnienie zastawki w dolnym końcu przewodu. Ta zastawka u dzieci jest głównym powodem łzawienia, a u dorosłych często do niego się przyczynia.

Zwężenie może zachodzić albo w górnej części, to jest po stronie worka łzowego, albo w dolnej po stronie nosa. W pierwszym przypadku sondowanie usuwa łzawienie, w drugim zaś do jego usunięcia potrzeba zniszczyć ogólną ekonomię dróg łzowych i zmienić znacznie mechanizm fizyologiczny wydzielenia łez. W tych przypadkach trzebaby zniszczyć zwężenie od dołu przez kateteryzowanie Laforest'a.

Kalt sądzi, że sondowanie przewodu od strony nosa jest prawie niemożliwe i podaje sposób, przez siebie praktykowany, dość zawiły, o którym zresztą sam powiada, że wydał zrazu wyniki bardzo mierne.

Zanotti, w sprawie ślepoty i niedowidzenia po chininie, przytacza przypadek, w którym 38 letni chory od razu spożył 18 gr. chininy. Prócz objawów ze strony skóry i znanych i opisywanych objawów ocznych, wystąpiła achromatopsia dla barwy zielonej i błękitnej, która dopiero późno znikła, gdy hemeralopia trwała. Bystrość wzrokowa, która w początku leczenia nieco się była podniosła, zmniejszyła się w rok po zatruciu. Stwierdzono zanik tarczy, a pole widzenia, wskutek chininy wogóle zwężone, było nieregularne. Wziernikiem stwierdził autor na całej siatkówce białawe punkciki o brzegach rozlanych i sądzi, że główną przyczynę obrażeń ocznych w podobnych przypadkach odnieść wypada do zwężenia naczyń.

Kalt z Paryża wspomina o swoim sposobie leczenia stożka rogówkowego: Z uwagi, że ciągła opaska uciskowa dobre daje w takich razach wyniki, zastosował ucisk w jednym przypadku świeżego stożka jednostajnego ucisku powiek przez zeszycie tychże (tarsoraphia).

Bourgeois z Reims podaje szczypce tnące (pince-coupante) dla ułatwienia wykonania tarsorafii, względnie blefarorafii. Szczypce

te wycinają pasek 1 cm. długi, którego końce osobno nożyczkami się odcina. W ten sposób i szybciej i regularniej brzegi powiek zeszyć można. Żeby jednak zwykłym sposobem zeszycie brzegów powiekowych trwać miało pół godziny i więcej, jak to dla zachwalania swych szczypców autor twierdzi, tego z własnego doświadczenia potwierdzić nie możemy. Operacyjkę tę wykonujemy bez szczypców szczegółowych w ciągu 10—15 najwyżej minut.

Bettremieux z Roubais wspomina o przypadku, na przeszłym kongresie przedstawionym, gdzie oko, poprzednio mające myopię 1 diopr., przez uraz, przed dwu laty odniesiony, stało się miarowem. B. nie przypuszcza, by tu chodziło o krótkowzroczność dynamiczną, gdyż refrakcya była poprzednio oznaczoną po atropinowaniu dłuższem, a także i rozszerzenie źrenicy nie może wywołać błędnego na rzecz zapatrywania, gdy chodzi o ametropię sferyczną. B. sądzi, że przez myotica i przez ucisk można w rozmaitym stopniu sprowadzić zmniejszenie się myopii, ale tylko przejściowo. W przypadkach postępującej krótkowzroczności u młodych osób mógł tymi środkami, zwalczając podwyższone napięcie względne, jako powód wzmagania się myopii, szybko znaczne polepszenie sprowadzić.

Parent pragnie, by niezwykłe spostrzeżenie, względnie dołączone do niego wnioskowanie autora, mogło przez liczne i poważne dowody być potwierdzonem.

Pflueger utrzymuje, że w krótkowzroczności środki rozszerzające lepiej działają od środków zwężających źrenicę, a znanym mu jest przypadek, w którym bardzo krótkowzroczny osobnik ma zwyczaj często powtarzające się obwodowe odczepienie siatkówki powstrzymywać zapuszczaniem atropiny. *W.*

2. Académie de médecine de Belgique. Posiedzenie z dnia 27 maja 1899.

Dr Nuel czyta sprawozdanie z pracy Dra Bullot'a i Dra Lor'a (z Brukseli, której wyniki są następujące:

1. Na oczach króliczych, wszczepionych do jamy otrzewnowej żywego zwierzęcia, rogówka po upływie jednego dnia zaćmiewa się i grubieje we wszystkich miejscach, gdzie przybłonek został zachowany, a zachowuje przezroczystość i grubość niemal prawidłową wszędzie, gdziekolwiek przybłonek zeskrobano.

2. Te zmiany w przezroczystości i grubości rogówki pozostają zawsze w ścisłym związku ze zniszczeniem śródbłonka w odpowiednich miejscach, czego następstwem jest wniknięcie cieczy wodnej w tkankę rogówkową.

3. Zniszczenie śródbłonka zależy zaś od nekrobiotycznego działania przybłonka. Działanie to, występujące po enukleacyi, na-

leży uważać za główny, jakkolwiek nie bezpośredni czynnik, wywołujący wyżej opisane zmiany w rogówce.

4. Przybłonek odgrywa tu jednak także bezpośrednią rolę: stanowi mianowicie zaporę, wstrzymującą wydzielenie się na zewnątrz cieczy wodnej, która wnikła w tkankę rogówkową. Tę własność przybłonka można stwierdzić także na oku żywem, u którego zeskrobano śródbłonek z błony Descemeta.

5. Ciecze, od zewnątrz oko opłukujące (łzy, wydzielina spojówkowa, lub, jak w doświadczeniach autorów, płyn jamy otrzewnowej), okazują małą skłonność do wnikania w miąższ rogówkowy w miejscach, pozbawionych przybłonka. Gdzie jednak przybłonek jest nienaruszony, tam o wnikaniu tych płynów mowy być nie może. — (Według »Semaine Medicale«. Nr 25. 1899). *K. W. M.*

VI. LECZNICTWO.

28. **Nici celluloidynowe** do szycia i podwiązywania poleca Pagenstecher w Elberfeldzie. Angielskie nici w sposób dokładnie przez autora podany zaprawiają się dość żmudnem postępowaniem celluloidyną. Nici te są bardzo trwałe, łatwo dają się nawlekać, a wchłanianie wydzielin rany przez nie uniemożliwia brak rozpuszczalności celluloidu, nadto nici nie plączą się, a węzły dobrze trzymają. Nici celluloidynowe sporządzane są w pięciu rozmaitych grubościach. (Dtsche med. Wochenschrift. 1899. Nr. 14).

29. **Nagniatanie.** Piesbergen stosuje w celu wykonania nagniatania w cierpieniach ocznych przyrządzik, używany w Anglii przez fotografów do retuszowania elektrycznego. Ujęty w osłonę żelazną elektromagnes wprawia w poruszenie pręcik, zaopatrzony w guzik masujący. Pręcik ten wykonuje z równą siłą 200 drgawek w minucie. Jako źródło elektryczności służy element Bunsen'a albo mały akumulator z reostatem. Pręcik ten zakłada się wprost na powiekę albo twardówkę.

Nagniatania takiego doświadczał autor w porażeniach gośccowych i następowych skurczeniach mięśni. Dalej, z bardzo dobrym rzekomo wynikiem, przy zapaleniach rogówki twardniejącem (sklerosirende Keratitis), przy zapaleniu twardówki, a także przy miąższowem zapaleniu rogówki po ustąpieniu objawów zapalnych. Unikać trzeba tego sposobu leczenia przy każdym ostrym stanie zapalnym. Nagniatanie opisane wykonuje się dwa razy tygodniowo przez 3—5 minut. („Muenchener Med. Wochenschrift". 1899. Nr 19).

30. **Nadmanganian potasu** (kali hypermanganicum) przeciw toczniowi poleca Dr Kraszanowski, który miałko sproszkowany środek posypuje warstwą grubości kilku mm. i zakłada suchą opaskę.

Po strąceniu strupa, tworzącego się pod wpływem tego środka, następuje rzekomo bardzo szybko wyleczenie przy stosowaniu obojętnych maści. Tkanka zdrowa pod wpływem środka nie cierpi, a również dobrze działa nadmanganian potasu w sposób powyższy zastosowany przeciw innym wrzodom gruźliczym.

31. **Lycetol**, czyli winian dimetylpiperaziny wpływa korzystnie na dyatezę moczanową i jej następstwa i dlatego równie korzystnie jak piperazyna podawaną być może przy piasku moczowym, dnie i t. d. Przed piperazyną ma tę zaletę, że nie pochłania z powietrza wilgoci i kwasu węglowego, a dalej, że rozkładając się na swe składniki działa także przez kwas winny, który zamieniając się na kwas węglowy alkalizuje krew i usposabia ją do rozpuszczania kwasu moczowego. Nadto kwas winny wzmaga wydzielinę moczu. Lycetol poza organizmem nie rozkłada się i ma przyjemny smak. Daje się 1—2 gr. dziennie przez kilka tygodni, najlepiej w wodach mineralnych.

(Wiadomo, że dna bywa nie rzadko powodem także jaskry. Warto w odnośnych przypadkach doświadczać znaczenia nowego tego środka w stosownych razach).

Lycetol wyrabia fabryka Friedrich Bayer et Cp. w Frankfurcie n. M.

32. **Wyciskanie podspojówkowe jaglic** poleca Dr. Helmhold w zastępstwie wycinania załamków jaglicą dotkniętych i ma nadzieję, że tem postępowaniem zapobiegnie krzewieniu się cierpienia, przyznaje atoli sam, że zbyt krótki czas nie pozwala mu jeszcze przesądzać o wartości „metody", która polega na przecięciu spojówki wzdłuż całego załamka, odpreparowaniu w stronę powieki i gałki i wyciśnięciu osobnym naturalnie przyrządzikiem wszystkich mieszków (Follikel). Zapewnia jednak, że postępowanie jest „gefahrlos, einfach u. kann noethigenfalls wiederholt werden". (Manuskrypt drukowany w Gdańsku u Kafemana). — *W.*

VII. ROZMAITOŚCI.

Pięcioletnie sprawozdanie z corocznych oględzin oczu u szeregowców kazańskiego woj. okręgu (1891—1895). — Dr. Naumow (Kazań 1899).

Dr Naumow, okulista okręgowy, rocznie oglądał mniej więcej 12,260 szeregowców. Okazało się, że Czuwasi, Czeremisi i inne plemiona inorodcze z wąską i krótką szparą powiekową dawali największy procent chorych na jaglicę (4,79%) przy wstępowaniu do wojska; największy przyrost chorych na jaglicę w ciągu 5 lat służby spostrzegał wśród Tatarów (2,91%), następnie wśród Polaków (1,86%). Przyrost chorych na jaglicę zmniejszał się w wojsku

z każdym rokiem: w drugim roku służby wynosił 1,55%, w trzecim 0,35%, w czwartym 0,29%.

Dr Naumow przyczynę bardzo częstych wypadków jaglicy wśród Czuwasów, Czeremisów i in. widzi w charłactwie szczepów, które — jak to wskazują doświadczenia Kondrackiego, czynione na Czeremisach — są dziś już na drodze zupełnego zwyrodnienia (idyotyzm, niedługowieczność, zupełny kretynizm). *Włodz. Talko.*

Trzecia książka „Wiestnika Oftałmołogii“ z b. r. zawiera następujące oryginalne prace:

1. Dra Łobanowa, O znaczeniu niepatogenetycznych bakteryj w patologii oka (Dokończenie).
2. Dra Andogskiego, O szwie rogówki sposobem Költa (Będzie streszczona).
3. Dra Ginzburga, W sprawie symptomatologii i rozpoznania urazowego uszkodzenia nerwu wzrokowego.
4. Dra Czuprina, O zwichnięciu soczewki przy ekstrakcyi zaćmy.
5. Dra Rudina, Pyoctaninum coeruleum, jako środek dyagnostyczny i terapeutyczny w ocznej praktyce (Będzie streszczona).

Dr. J. T.

IX. kongres miedzynarodowy okulistyczny odbędzie się, jak donosiliśmy, w Utrechcie.

W poniedziałek d. 14 sierpnia nastąpi przyjęcie gości, którzy winni zgłosić się do biura informacyjnego, znajdującego się w budynku uniwersyteckim.

We wtorek 15 sierpnia o godzinie 10 rano otwarcie kongresu na wielkiej sali uniwersyteckiej przez Dra Argylla Robertson'a, prezydenta. Przemówienia wstępne.

Z wykładów, przeznaczonych dla posiedzeń ogólnych, wymieniamy, i to w językach, w jakich będą wygłoszone, następujące:

T. Leber: Die Ernaehrungverhaeltnisse des Auges.

Priestley-Smith: The treatement of strabismus in very young children.

Panas: Paralysies oculaires motrices d'origine traumatiques.

C. Reymond: Le traitement chirurgical des défauts de courbure de la cornée.

H. Knapp: On the symmetrical position uniform rotation of the meridians of the eyes.

Do redakcyi „Klinische Monatsblaetter“ wstąpił, ku pomocy sędziwego Prof. Zehender'a, Prof. Axenfeld z Rostoku.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Nestor okulistów niemieckich, Prof. Dr Wilhelm Zehender, skończył d. 21 maja 80 rok życia. Jak wiadomo, żyje Zehender, po złożeniu profesury w Rostoku, od 10 lat w Mnichowie, oddając się wyłącznie pracy naukowej i wydawaniu założonego przez siebie, a tak rozpowszechnionego miesięcznika „Monatsblaetter f. Augenheilkunde“. Urodzony w Bremenie, jako syn radcy legacyjnego, pochodzi z rodziny od dawna w Szwajcaryi osiadłej i znanej. Skończywszy nauki lekarskie, które pobierał w Getyndze, Jenie i Kilonii, oddał się z zamiłowaniem okulistyce pod kierunkiem Jaeger'a w Wiedniu. Następnie wykładał okulistykę w Bernie od 1862 do 1866, potem w Rostoku do roku 1889.

Współzałożyciel Towarzystwa okulistycznego w Heidelbergu, współwydawca naukowych sprawozdań tegoż Towarzystwa, redaktor wymienionego miesięcznika, autor znanego podręcznika, a później obszerniejszego dzieła o chorobach narządu wzrokowego [1]), odznaczył się jeszcze całym szeregiem ważnych artykułów z dziedziny okulistyki, przeważnie zaś z upodobaniem uprawiał optyczną stronę naszej specyalności. Nie pomija i strony praktycznej zawodu: zajmuje się budową kliniki okulistycznej, a obejmując zawsze całość, daje zarazem wskazówki miarodajne dla klinik okulistycznych wogóle. Prawodawstwo znajduje w nim przy zaprowadzeniu przepisów, dotyczących odszkodowania, sumiennego doradcę w liczebnem oznaczaniu szkody, ponoszonej przy zranieniach lub obrażeniach przyrządu wzrokowego. On to sprawom statystyki hygieny, a także przypuszczenia kobiet do praktycznego wykonywania sztuki lekarskiej [2]), jak i wielu innym, ogólnej medycyny i okulistyki dotyczącym, poświęca baczną uwagę, wszędzie i zawsze bystrym umysłem oceniając dobrze istotę rzeczy i wskazując właściwe drogi ducha.

Jakim był lekarzem, nie mieliśmy sposobności osądzić, ale wiele pono dobrego o nim opowiadają sobie i dziś jeszcze mieszkańcy Rostoku. Natomiast podnieść nam wkońcu wypada jego nadzwyczaj serdeczny stosunek do kolegów, czego mieliśmy osobiście sposobność nierzadko zaznać.

Choć w spóźnieniu, przyłączamy się do tych, którzy czcigodnemu Jubilatowi życzyli zachowania tej samej świeżości umysłu, przy zupełnem zdrowiu, przez długi jeszcze szereg lat życia dla dobra nauki, a dla zachwytu Jego licznych wielbicieli. *W.*

---

[1]) Lehrbuch der Augenheilkunde.
[2]) 1875.

IX. KRONIKA ŻAŁOBNA.

S. p. Dr Karol Waldhauer, członek oftalm. Towarzystwa w Heidelbergu, zmarł w Mitawie d. 12 maja. Urodził się w Kurlandyi w r. 1821, dyplom lekarski otrzymał naprzód w Królewcu, a potem w Petersburgu (1846). Oczne choroby studyował przeważnie w Paryżu, poczem objął posadę dyrektora ocznego szpitala imienia Reymerowej w Rydze. W roku 1889, już chory na oczy, przesiedlił się Dr W. do Mitawy, gdzie kierował ocznym oddziałem zakładu dyakonisek, lecz wkrótce zupełnie wzrok utraciwszy, usunął się w ciche ustronie. Bawiąc czasowo w Rydze w r. 1896, umyślnie pojechałem do bliskiej Mitawy, aby odwiedzić dawnego znajomego. — Pozwalam sobie powtórzyć tu moje słowa, skreślone wtedy w numerze 26 „Gaz. War.“: „W Mitawie z niemałą trudnością odszukałem Dra W., którego przed 25 laty znałem jako słynnego okulistę w Rydze. Dziś, niestety! ten sędziwy człowiek nauki, prawie głuchy i ślepy, zupełnie się odsunął od świata, osiadł w skromnem mieszkanku i jedyną jego osłodą jest zacna małżonka, która mu czytuje pisma i listy od dwóch synów, których wykształcił na lekarzy, a także fajeczka i plecenie ze sznurków woreczków i torebek, które chętnie rozdaje odwiedzającym go gościom i przyjaciołom. Taka zmiana po 25 latach: zdrowie i sława pierwszorzędnego praktyka w bogatej Rydze, potem utrata słuchu i wzroku, a przytem nie wystarczający na życie skromny fundusik. Wszystko to wywarło na mej duszy przygnębiające wrażenie, ba, nawet wycisnęła łzę nad dolą kolegi, który przed laty przywracał wzrok tysiącom swoich pacyentów. Nic smutniejszego, jak nieuleczalna ślepota okulisty — takich wypadków przed laty znałem jeszcze dwa: Dra Stratanowicza w Kijowie i ś. p. Prof. Quaglino w Medyolanie — tego przyjaciela Polaków — którego życiorys z portretem zamieściłem w „Kłosach“ z r. 1880“.

Prace swoje zmarły ogłaszał głównie w „Klinische Monatsblt. f. Augenheilkunde“. W listopadowej książce z r. 1897 podał ostatnią, łabędzią, p. t. „Zur Operation der Trichiasis höheren Grades“, w której opisuje przebieg swojej długoletniej choroby. *Dr J. T.*

Ś. p. Dr Józef Piaszczyński zmarł 21 maja w Warszawie. Urodzony w gubernii kaliskiej w r. 1853, nauki pobierał w miejscowem gimnazyum, potem wstąpił do uniwersytetu warszawskiego na wydział lekarski 1872 r. Po ukończeniu nauk lekarskich w Warszawie, zwiedził kliniki londyńskie, paryskie, gdzie parę lat głównie studyował oftalmologię, przeważnie w klinice Gałęzowskiego.

Po powrocie do kraju z całem zamiłowaniem oddał się okulistyce. W r. 1885 został mianowany asystentem okul. kliniki uniwersyteckiej przy Prof. Wolfryngu, gdzie pozostawał lat kilka. Prócz tego uczęszczał stale do prywatnej lecznicy przez lat 10, udzielając porady cierpiącym na oczy, i kilkanaście lat zajmował miejsce lekarza honorowego w zakładzie sierót przy Tow. dobroczynności.

Prac oryginalnych nie pozostawił żadnych, natomiast tłomaczył wiele z pism oftalmicznych francuskich.

Zmarły cieszył się sympatyą i poważaniem wśród publiczności i kolegów.

Przedwczesny zgon skromnego, młodego pracownika, bo w 46 roku życia, nastąpił po ciężkiej operacyi gardła, przy objawach ogólnego wyczerpania. *Dr J. Talko.*

Redakcya otrzymała.

Dr A. Langie: Nowy przyrząd do oznaczania astygmatyzmu regularnego. Odbicie z »Przegl. Lek.« Nr 20. 1899.

M. Seidenmann (Lublin): Operacyjne leczenie silnego krótkowidztwa. Odbitka z »Kroniki Lekarskiej«. 1899. Luty.

K. Noiszewski: Leczenie operacyjne jaglicy i łuszczki i t. d. Odbitka z »Przegl. Chirurg.« T. III. Z. IV.

Tenże: Metoda badania dyferencyjnego i integralnego widzenia. Odbitka z »Gaz. Lek.« Nr 19. 1894.

Do wiadomości PP. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki **literackie** uprasza się adresować do **redakcyi:** *Wolska, 11.*

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya** (p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcya 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośne objawić na rękopisie.

Redakcya uprzejmie prosi przesyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcya.

Ogłoszenia.